

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A SAÚDE
OCUPACIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela
Prof.^a Doutora Elizabete Borges

Ana Rita Costa Pereira

Porto | 2014

Aos meus pais e ao meu namorado por todo o apoio e paciência que demonstraram durante todo este percurso.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Elizabete Borges, minha orientadora, pela disponibilidade, apoio e, principalmente, por todo o processo de aprendizagem que me permitiu crescer profissional e pessoalmente.

A todos os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, permitindo a realização deste trabalho.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração do mesmo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAOHN - American Association of Occupational Health Nurses
ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho
ARS - Administração Regional de Saúde
CAP - Certificado de Aptidão Profissional
CHP - Centro Hospitalar do Porto
CHVNGE - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
DGS - Direção-Geral da Saúde
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
ETNO - European Telecommunications Network Operators Association
EUA - Estados Unidos da América
FOHNEU - Federation of Occupational Health Nurses within the European Union
ICN - International Council of Nurses
ICOH - International Commission on Occupational Health
ILO/OIT - International Labour Organization/Organização Internacional do Trabalho
MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OE - Ordem dos Enfermeiros
PIB - Produto Interno Bruto
UE - União Europeia
ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos
USF - Unidade de Saúde Familiar
WHO/OMS - World Health Organization/Organização Mundial de Saúde

Cit. - citado

et al. - e outros

n.º - número

p. - página

UE - Unidade de Enumeração

% - percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A SAÚDE OCUPACIONAL	21
1.1. Perspetiva Histórica	22
1.2. Perspetiva Atual da Saúde Ocupacional	28
1.2.1 <i>Modelo para Ambientes de Trabalho Saudáveis</i>	33
1.2.2 <i>Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional em Portugal</i> ..	38
1.2.3 <i>Serviços de Saúde Ocupacional Nacionais</i>	45
1.2.4 <i>A Saúde Ocupacional em Contexto Internacional</i>	48
2. ENFERMAGEM DO TRABALHO	53
2.1 O Enfermeiro do Trabalho.....	57
2.2 Implicações e Contributos para a Prática.....	65
3. METODOLOGIA.....	69
3.1 Questões de Investigação e Objetivos do Estudo	69
3.2 Tipo de Estudo.....	71
3.3 Participantes	71
3.4 Técnica de Recolha de Informação	74
3.5 Procedimentos e Considerações Éticas	75
3.6 Estratégia de Análise e Tratamento dos Dados.....	76
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO	79
4.1 Conceito de Saúde Ocupacional	79
4.2 Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional	82
4.3 Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional	86
4.4 Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional onde o Enfermeiro está Inserido	90

4.5 Áreas de Formação Prioritárias em Saúde Ocupacional.....	94
4.6 Estratégias de Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional	99
4.7 A Prática da Saúde Ocupacional	105
CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	131
Anexo I - Guião da Entrevista	133
Anexo II - Consentimento Informado	139

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes	72
QUADRO 2: Conceito de Saúde Ocupacional.....	80
QUADRO 3: Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional	83
QUADRO 4: Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional	87
QUADRO 5: Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional onde o Enfermeiro está Inserido	91
QUADRO 6: Áreas de Formação Prioritárias em Saúde Ocupacional	94
QUADRO 7: Estratégias de Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional	100
QUADRO 8: A Prática da Saúde Ocupacional	106

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de Ambientes de Trabalho Saudáveis da OMS.....	34
FIGURA 2: Percepções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional	116

RESUMO

Título: Percepções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional

A saúde ocupacional tem como objetivo a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2014a). Já a enfermagem do trabalho procura dar resposta às necessidades dos trabalhadores, no sentido de manter ou melhorar a saúde e segurança dos mesmos (World Health Organization (WHO), 2001b), tendo em conta estratégias de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013).

O desenvolvimento da saúde ocupacional, segundo a International Labour Organization (ILO) (2011), é uma realidade. Contudo, ainda se verificam bastantes défices, dado que uma parte substancial da morbilidade associada à população trabalhadora está relacionada com o trabalho (WHO, 2006).

Este estudo de cariz qualitativo, do tipo exploratório, descritivo e transversal teve por finalidade contribuir para uma maior visibilidade dos serviços de saúde ocupacional. Participaram no estudo 12 enfermeiros, com um mínimo de 3 anos de experiência profissional. Como técnica de recolha de informação optou-se pela entrevista semiestruturada e para a análise dos dados, a análise de conteúdo do tipo temática, segundo Bardin (2009).

Os resultados mostraram que face ao conceito de saúde ocupacional se destaca uma definição que tem por base o âmbito de atuação, a organização e o funcionamento. Como áreas de intervenção da saúde ocupacional emergiram a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e a promoção da saúde e o tratamento. Relativamente à organização do serviço de saúde ocupacional onde os enfermeiros exerciam a sua atividade emergiram dos discursos os recursos humanos, as funções do serviço e os recursos físicos. Os enfermeiros identificaram as consultas, as atividades de formação e as visitas aos locais de trabalho como as áreas de funcionamento do serviço de saúde ocupacional do seu local de trabalho. No que se refere às áreas de formação prioritárias em saúde ocupacional, estas focalizaram-se nos programas de

prevenção e promoção de saúde no trabalho, na legislação, na concepção da saúde ocupacional e na comunicação. Como estratégias de dinamização do serviço de saúde ocupacional emergiram as campanhas de divulgação de informação/formação, a intervenção do serviço de saúde ocupacional e a regulamentação do serviço de saúde ocupacional. No que diz respeito à prática da saúde ocupacional destacaram-se a intervenção do enfermeiro do trabalho, a dissociação entre a teoria e a prática do serviço de saúde ocupacional, a visibilidade do enfermeiro do trabalho e as expectativas sobre a saúde ocupacional e o enfermeiro do trabalho.

Como sugestões do estudo é proposto a divulgação dos resultados obtidos no mesmo e que este seja um ponto de partida para outras investigações.

Palavras-Chave: Saúde Ocupacional, Enfermeiro, Enfermagem do Trabalho, Trabalhador.

ABSTRACT

Title: Perceptions of Nurses of Occupational Health

Occupational health aims for the prevention of occupational risks and the protection and promotion of workers' health (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2014a). On the other hand occupational health nursing seeks to answer the needs of workers in order to maintain or improve the health and safety of these (World Health Organization (WHO), 2001b), taking into account strategies for promoting and protecting health and preventing disease (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013).

The development of occupational health, according to the International Labour Organization (ILO) (2011), is a reality. However, quite a lot of deficits still occur because a substantial part of the morbidity associated with working population is work-related (WHO, 2006).

This study of qualitative nature, of exploratory, descriptive and cross-sectional type aimed to contribute to a greater visibility of occupational health services. 12 nurses participated in the study, with a minimum of 3 years of professional experience. Semi-structured interviews were chosen as a technique for collecting information whereas for the data analysis, it was the content analysis of the thematic type, according to Bardin (2009).

The results showed that regarding the concept of occupational health there is a definition that is based on the scope of work, the organization and operation. Prevention of occupational risks, protection and promotion of health and treatment emerged as intervention areas of occupational health. Concerning the organization of the occupational health service where nurses undertake their activity, human resources, service functions and physical resources were mentioned in the speeches. Nurses identified the consultations, training activities and visits to workplaces as areas of operation of the occupational health service in their workplace. In relation to priority areas of training in occupational health, these have focused on prevention and health promotion programs in the workplace, in legislation,

in the conception of occupational health and communication. As strategies for dynamics in the occupational health service, campaigns to disseminate information/training, the intervention of the occupational health service and the regulation of occupational health service came out. With regard to the practice of occupational health, the intervention of the occupational health nurse, the dissociation between the theory and the practice of occupational health service, the visibility of the occupational health nurse and expectations about the occupational health and the occupational health nurse were highlighted.

As suggestions of the study it is recommended the dissemination of the results obtained in the same and that this is a starting point for further investigations.

Keywords: Occupational Health, Nurse, Occupational Health Nursing, Worker.

INTRODUÇÃO

A saúde ocupacional tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, existindo numa forma mais simplificada desde a Idade Antiga, passando pelo marco histórico da Revolução Industrial que a impulsionou (Rogers, 1997) até aos dias de hoje.

Para compreender efetivamente a realidade envolvente à saúde ocupacional, revela-se indispensável clarificar o seu conceito. Assim, de acordo com a DGS (2014a), a saúde ocupacional corresponde a um conjunto de intervenções realizadas por profissionais especializados em várias áreas cujo objetivo comum é a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, o assegurar da segurança, bem-estar, conforto e integridade dos mesmos e o incentivo de ambientes de trabalho saudáveis.

Os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde que providenciam cuidados a todos os níveis e estabelecem a ligação entre indivíduos, famílias e comunidades, com o restante sistema de saúde (International Council of Nurses (ICN), 2007). Transpondo esta realidade para o enfermeiro do trabalho, interveniente da saúde ocupacional, o exercício profissional deste foca-se em conceitos e princípios como a prevenção, capacitação e manutenção da saúde, e o controlo e a eliminação dos riscos para a saúde no local de trabalho (WHO, 2001b).

Ao longo do tempo, a prática da profissão de enfermagem no contexto da saúde ocupacional tem vindo a alcançar um elevado nível de especificidade, sendo a ênfase dada à promoção da saúde e à prevenção da doença e de

acidentes de trabalho, bem como ao desenvolvimento do seu papel no ensino clínico, na gestão e na investigação (WHO, 2001b).

Desta forma, a enfermagem comunitária revela-se bastante útil, pois foca a sua atuação na promoção da saúde de indivíduos, famílias, comunidades e populações e na promoção de ambientes saudáveis (Community Health Nurses Association of Canada, 2008). Dos quais fazem parte os trabalhadores (OE, 2010b) e, portanto, os ambientes de trabalho.

O que se tem vindo a constatar é que demasiados trabalhadores estão expostos a níveis inaceitáveis de riscos ocupacionais, acabando vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais, com perda da capacidade de trabalho (WHO, 2006). De acordo com WHO (2007) verifica-se que apenas uma minoria da força de trabalho mundial tem acesso a serviços de saúde ocupacional. Assim como, a carga global de acidentes e de doenças profissionais continua inaceitavelmente alta (ILO, 2011), realidade que ocorre de forma semelhante em Portugal (DGS, 2013). Naturalmente esta não é uma situação desejável, visto que a população de trabalhadores é a principal contribuinte para o desenvolvimento económico e social dos países (WHO, 2007).

A promoção de ambientes de trabalho saudáveis revela-se assim fundamental, uma vez que o trabalho é uma componente importante na vida de todos, pois com ele despende-se muito tempo e esforço da vida adulta, pelo que a saúde ocupacional tem um lugar tão relevante na saúde das populações (WHO, 2001b).

Segundo a DGS (2012) o acesso a cuidados de saúde de qualidade, continuamente e a todos os níveis, é um direito fundamental do cidadão. Desta forma, para que haja qualidade na prestação de cuidados é necessário que haja o melhor desempenho possível e uma adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão (DGS, 2012). Ao nível do contexto laboral, é responsabilidade das instituições públicas e privadas a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, clientes e da sociedade em geral (DGS, 2012).

Para dar resposta a esta situação, de acordo com a DGS (2013), é exigido que a nível nacional sejam criados serviços de saúde ocupacional em todas as entidades nas quais os mesmos ainda não se encontrem organizados, e que os serviços de saúde ocupacional já instituídos aumentem a cobertura prestada à população trabalhadora, bem como melhorem a qualidade da sua intervenção (DGS, 2013).

Estas alterações motivaram para o desenvolvimento da presente investigação *Perceções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional* integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, cuja finalidade é contribuir para uma maior visibilidade dos serviços de saúde ocupacional. O estudo integrado no paradigma de investigação qualitativa é do tipo exploratório, descritivo e transversal.

Relativamente à estrutura do estudo, esta divide-se em duas partes. A primeira parte remete para o enquadramento teórico, sendo o suporte teórico que permite explorar e clarificar a temática subjacente, pelo que será abordada a temática da saúde ocupacional, mais especificamente a sua perspetiva histórica e atual, o modelo para ambientes de trabalho saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a organização dos serviços de saúde ocupacional com exemplos nacionais e internacionais, será também abordada a enfermagem do trabalho, mais especificamente o enfermeiro do trabalho, a legislação em vigor e as implicações e contributos para a prática.

A segunda parte remete para o enquadramento metodológico, abordando todo o percurso metodológico, passando pelas questões de investigação e objetivos do estudo, tipo de estudo, participantes, técnica de recolha de informação, procedimentos e considerações éticas, estratégia de análise e tratamento dos dados, e apresentação, análise e discussão da informação. No fim serão apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões que advieram da investigação.

1. A SAÚDE OCUPACIONAL

Neste primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico sobre a temática da saúde ocupacional, mais especificamente a perspetiva histórica da saúde ocupacional a nível mundial e nacional, a sua perspetiva atual, a qual engloba o conceito, o modelo para ambientes de trabalho saudáveis sugerido pela OMS (2010), a organização dos serviços de saúde ocupacional em Portugal e a prática da saúde ocupacional no contexto português e internacional.

Os serviços de saúde ocupacional foram considerados como uma componente importante da estratégia de saúde pública, uma vez que procuram dar resposta às necessidades identificadas nos locais de trabalho (WHO, 2001b). Estes serviços podem contribuir significativamente nas iniciativas governamentais, tal como na redução das desigualdades em saúde, na redução da exclusão social e do absentismo por doença, e na proteção e promoção da saúde da população ativa (WHO, 2001b). Assim, a segurança e a saúde no trabalho revelam-se preocupações centrais ao nível de qualquer política de promoção da qualidade do emprego, sendo essencial continuar a sensibilizar a opinião pública para a importância desta temática (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) e Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), 2008).

Desta forma, é fundamental compreender o conceito de saúde ocupacional e a sua realidade envolvente, sendo necessário, para isso, perceber a sua evolução ao longo do tempo.

1.1. Perspetiva Histórica

A História sempre foi uma ferramenta científica que auxilia o entendimento de uma situação no presente (Mattos e Másculo, 2011, p.6).

A relação trabalho e saúde tem sido relatada desde a Antiguidade (Seligmann-Silva, Bernardo, Maeno e Kato, 2010), existindo registos do Egipto que datam 2360 A.C. que relacionam os riscos com o ambiente de trabalho (Mattos e Másculo, 2011). É nos escritos de Plínio-o-Velho (cerca de 27 a 79 D.C.) que se encontra o primeiro registo sobre a utilização de máscaras pelos mineiros expostos à inalação de poeiras (Rogers, 1997). Contudo, segundo a mesma autora, até por volta do século XVI pouco se sabia sobre a doença profissional e, conseqüentemente, sobre a saúde ocupacional.

Na área da medicina do trabalho destacaram-se Georgius Agricola (1494-1555), médico e mineralogista, e Aureolus von Hohenheim, conhecido por Paracelsus (1493-1541), por se dedicarem muitos anos ao estudo dos efeitos da indústria mineira, da fundição e da toxicologia de alguns metais (Rogers, 1997).

Entre 1633 e 1714 surge Bernardino Ramazzini, aceite como o Pai da Medicina do Trabalho, o qual publicou a primeira obra clássica sobre doenças profissionais e a obra que lhe valeu o título apresentado, *As Doenças dos Homens Trabalhadores* em 1700 (Rogers, 1997). Esta obra reportava mais de 100 profissões diferentes, os riscos a elas associados, bem como a importância de uma postura correta, a falta de ventilação, temperaturas inadequadas, higiene pessoal e vestuário de proteção (Rogers, 1997).

O grande impacto nas condições de trabalho aconteceu no fim do século XVIII, com a chamada Revolução Industrial que ocorreu no continente europeu (iniciada em Inglaterra, França e Alemanha), quando alguns setores produtivos começaram a exigir uma crescente mão-de-obra (Carvalho, 2005;

Mattos e Másculo, 2011). Isto porque até ao século XVII o trabalho era realizado maioritariamente de forma manual, mas devido ao período dos descobrimentos e aos desenvolvimentos técnico-científicos que foram surgindo, os produtores começaram a organizar-se em sistemas fabris, dando origem a novos modelos de produção e organização e à introdução de tecnologias no sistema produtivo (Neto, 2007).

Foi durante esta Revolução que se deu uma deterioração das condições de trabalho, havendo excesso de horas de trabalho em condições desfavoráveis, com fraca iluminação, má higiene e alimentação, e a maquinaria sem proteção e a falta de formação e experiência foram responsáveis por numerosos acidentes de trabalho graves como mutilações e mortes (Antunes, 2009; Mattos e Másculo, 2011). Entretanto surgiu a exploração da mão-de-obra de mulheres e crianças (a partir dos seis anos) que tinham salários inferiores, pelo que se revelava mão-de-obra mais barata (Rogers, 1997; Mattos e Másculo, 2011).

Em 1802 foi aprovada a primeira lei de proteção aos trabalhadores, a Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes, a qual limitava a jornada diária a 12 horas, proibia os horários noturnos, obrigava os trabalhadores a lavar as paredes das fábricas duas vezes por ano e a ventilar os ambientes de trabalho (Freitas, 2011).

Em 1830 o governo britânico nomeou o médico Robert Baker como inspetor médico de fábricas, surgindo, assim, o primeiro serviço médico industrial do mundo (Antunes, 2009; Mattos e Másculo, 2011). Em 1833, o Parlamento inglês decretou a Lei das Fábricas, considerada a primeira legislação realmente eficiente na área da proteção ao trabalhador, proibindo o trabalho noturno a menores de 18 anos, limitando a jornada de trabalho a 12 horas por dia e a 69 horas semanais, obrigava as fábricas a construir escolas para os menores de 13 anos, estipulou como idade mínima para trabalhar nove anos, e um médico deveria certificar que o desenvolvimento físico da criança correspondia à idade cronológica (Mattos e Másculo, 2011).

Apesar de algum desenvolvimento ao nível legislativo, o aspeto central continuava a ser a produtividade e a necessidade de mão-de-obra, pelo que durante décadas as condições laborais não representavam mais do que um fardo financeiro (Neto, 2007).

A partir de 1881 são aprovados na Alemanha um conjunto de diplomas de âmbito social, entre os quais se destaca a primeira lei sobre a indemnização dos trabalhadores em caso de acidente de trabalho, sendo que os fundamentos desta lei alastraram-se rapidamente a outros países industrializados (Freitas, 2011). Segundo o mesmo autor, em França em 1892 é publicada uma das primeiras leis sobre segurança e saúde do trabalho, a qual se refere a uma estrutura pública com vista à inspeção das condições de trabalho. Por sua vez, na Grã-Bretanha é estabelecida pelo *Factory and Workshop Act* de 1895 a notificação obrigatória das doenças profissionais e a realização de exames periódicos aos trabalhadores expostos a agentes nocivos (Freitas, 2011).

Na sequência do final da I Guerra Mundial, em 1919 foi criada a ILO/Organização Internacional do Trabalho (OIT), que procura a melhoria das condições de trabalho (Neto, 2011). Segundo Freitas (2011), com a sua criação esta estabelece:

- Carta Constitutiva que prevê nos países aderentes o desenvolvimento de serviços de inspeção das condições de segurança e higiene do trabalho;
- Serviço de Prevenção de Acidentes de Trabalho em 1921.

A II Guerra Mundial acaba por ser, tal como a primeira, um contratempo na evolução das condições de trabalho, uma vez que os homens se encontravam a combater, pelo que foram chamadas mulheres e crianças para assegurar a produção, verificando-se um retrocesso ao nível dos valores (Neto, 2007).

Em 1946 surgem em França os primeiros serviços de medicina do trabalho obrigatórios num país europeu através de legislação aprovada no pós-guerra, que estabelece a prevenção de incapacidades e a promoção da saúde como objetivos essenciais (Freitas, 2011). Em 1947 a OIT estabelece a Convenção

n.º81 que limita a jornada de trabalho a 8 horas diárias e 48 horas semanais (Freitas, 2011; Neto, 2011). Por sua vez, os objetivos da saúde ocupacional são definidos pelo Comité Misto OIT/OMS em 1950 (Freitas, 2011). Na Recomendação n.º112 de 1959 a OIT estabelece a necessidade das organizações instituírem serviços de Medicina do Trabalho, com vista à proteção dos trabalhadores (Correia, 1997 Cit. por Neto, 2011).

Em 1970, nos Estados Unidos da América (EUA), foi aprovado o *Occupational Safety and Healthy Act* e em 1974 o Parlamento Britânico aprovou a Lei-Quadro de Saúde Ocupacional, estas duas aprovações foram fundamentais para a compreensão do papel da prevenção nas empresas, associando novos riscos às novas tecnologias (Freitas, 2011).

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho que desenvolve investigação relevante em múltiplos domínios é criada em 1975 (Freitas, 2011). Segundo o mesmo autor, em 1980 foi adotada a primeira Diretiva-Quadro (80/110/EEC) relativa à proteção contra os riscos de exposição profissional a agentes físicos, químicos e biológicos.

A OIT estabelece a Convenção n.º155 sobre a Segurança e Saúde dos Trabalhadores em 1981 (OIT, 2008). Esta Convenção foi retificada em 1989 pela Comissão Económica Europeia através da Diretiva Comunitária 89/391/CEE, o que permitiu que a Segurança e Saúde do Trabalho passasse a fazer parte de forma estruturada e sistematizada nos regimes jurídicos de muitos países, nomeadamente de Portugal (Neto, 2011), uma vez que esta Diretiva responsabiliza o empregador pela cobertura dos riscos, definição dos princípios gerais de prevenção, necessidade de uma estrutura organizacional integrada e definição de um quadro de participação dos trabalhadores ao nível da empresa (Freitas, 2011).

Em 1996 é criada outra instituição comunitária de referência, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalho, sendo responsável pela estratégia de disseminação de informação sobre as diferentes valências da segurança e saúde do trabalho (Freitas, 2011).

A própria OIT retomou em 1998 o grupo de trabalho constituído em 1996, desta vez sem o apoio da International Organization for Standardization, mas com o apoio da Associação Internacional de Higiene Ocupacional, apresentando em 2001 o guia ILO-OSH - *Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems*, que tinha por base a norma BSI-OHSAS-18001 *Occupational Health and Safety Management Systems - Specification*, aprovada em 1999 e que visava substituir todas as normas e guias desenvolvidas até à data e desenvolver uma norma única para ser usada a nível internacional (Benite, 2004).

A Carta dos Direitos Fundamentais de 2001 preconiza que cada trabalhador tem direito a condições laborais que respeitem a sua saúde, a sua segurança e a sua dignidade (Freitas, 2011). A Estratégia Comunitária 2002-2006 procurou facilitar a aplicação da legislação e promover novas iniciativas, tratando-se de algo transitório, centrada no bem-estar global no trabalho e na sua dimensão física, moral e social (Freitas, 2011). Em 2007 surge a Estratégia Europeia intitulada *Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: uma nova estratégia comunitária de SST* que preconizou um conjunto de ações a nível europeu e nacional com vista à redução contínua e consolidada do número de acidentes de trabalho e doenças profissionais nos Estados membros da União Europeia (UE) (MTSS e ACT, 2008).

Relativamente à evolução da saúde ocupacional em Portugal, em 1891 é publicada legislação sobre trabalho de mulheres e menores nas fábricas e oficinas, limitando a 10 horas de trabalho diárias e proibindo alguns trabalhos penosos e perigosos, sendo em 1913 aprovada a legislação que responsabiliza o empregador pelos acidentes de trabalho em algumas atividades (Freitas, 2011). Segundo o mesmo autor, no final da década de 1950, só empresas de grande dimensão apresentavam serviços médicos privados, orientados mais para a cura individualizada do que para a promoção e prevenção da saúde.

Em 1962 é criado o Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho e a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais (Graça, 2000). Por sua vez, em 1978 é criada a Direcção Geral de Higiene e Segurança do Trabalho, pelo que neste mesmo ano a Constituição da República Portuguesa passa a consagrar

o direito ao trabalho em condições de higiene, segurança e saúde (Freitas, 2011). O Conselho Nacional de Higiene e Segurança do Trabalho é criado em 1982 (ACT, 2014).

O Governo português e os parceiros sociais sindicais e patronais subscreveram o Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em julho de 1991, cujo objetivo principal foi estruturar o sistema nacional de forma a focar a prevenção dos riscos profissionais e a dinamização de políticas de segurança e saúde no trabalho, pelo que este acordo assentou nos seguintes objetivos específicos: desenvolver o conhecimento sobre os riscos profissionais e meios de prevenção; informar, formar e qualificar ao nível da prevenção de riscos profissionais; desenvolver a organização da prevenção de riscos profissionais; desenvolver o quadro de normas ao nível da segurança e saúde no trabalho; e desenvolver as condições de trabalho (MTSS e ACT, 2008). Este Acordo permitiu a transposição da Diretiva Comunitária 89/391/CEE para a legislação portuguesa, destacando-se o Decreto-Lei n.º 26/94 de 1 de fevereiro e o Decreto-Lei n.º 110/2000 de 30 de junho que estabeleceram as condições de acesso e de exercício das profissões de técnico superior de segurança e higiene do trabalho, e as normas de emissão dos certificados e a homologação dos cursos de formação profissional (Neto, 2011).

Em 1993 foi criado o Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho que assegurou uma reestruturação da administração do trabalho (ACT, 2014).

No sentido de impulsionar o desenvolvimento das abordagens face à saúde ocupacional foi assinado em 1996 o Acordo de Concertação Estratégica concebido para o período 1996-1999 entre o Governo e os parceiros sociais (MTSS e ACT, 2008). Durante este intervalo, em 1997 é aprovado o novo regime de reparação dos acidentes e doenças profissionais e em 1999 é publicado o Livro Branco dos Serviços de Prevenção que prevê medidas legislativas e não legislativas de forma a habilitar a tomada de decisão (Freitas, 2011).

O Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade é celebrado em 2001 entre o Governo e os seus parceiros sociais, o qual se propunha conciliar a modernização do tecido empresarial com a adoção de medidas com vista à melhoria das condições de segurança e saúde no trabalho, difundir e fomentar uma cultura de prevenção dos riscos profissionais e diminuir o número de acidentes e doenças profissionais (MTSS e ACT, 2008). No período 2008-2012 surge em Portugal a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho que visa a política de prevenção de riscos profissionais e a promoção do bem-estar no trabalho para este horizonte temporal (MTSS e ACT, 2008).

O regime jurídico português ao nível da salvaguarda das condições de trabalho ficou mais consolidado com a aprovação do Código de Trabalho e respetiva regulamentação em 2009, sendo que este último legislou sobre a promoção da segurança e saúde no trabalho e sobre a reparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais através da Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro e da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, respetivamente (Neto, 2011). A Lei n.º 102/2009 substituiu o Decreto-Lei n.º 441/91, congregando num só documento toda a legislação dispersa até à data (Neto, 2011).

Em 2013 surge o 2º Ciclo do Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2013/2017 que foca a vigilância da saúde dos trabalhadores e a qualidade e cobertura dos serviços de saúde ocupacional, procurando alcançar ganhos em saúde, bem como dar relevância ao “valor da saúde” junto da sociedade em geral (DGS, 2013).

1.2 Perspetiva Atual da Saúde Ocupacional

Como constatado anteriormente, o conceito de saúde ocupacional tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, tendo sido primeiramente definido pelo Comité Misto da OIT e da OMS realizado em Genebra em 1950 (Mattos e Másculo, 2011). Atualmente, e de acordo com a DGS (2013), a Saúde

Ocupacional, por vezes denominada como Saúde e Segurança do Trabalho, é uma atividade preventiva que visa a identificação, avaliação e controlo dos riscos associados ao local de trabalho e a vigilância e promoção da saúde no mesmo, procurando garantir ambientes de trabalho e trabalhadores saudáveis. Este conceito pode apresentar duas vertentes, a “Saúde do Trabalho” e a “Segurança do Trabalho”. Assim, a saúde ocupacional procura evitar ou minimizar a exposição profissional a fatores de risco suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador, assegurar uma alta qualidade de vida no trabalho e permitir alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores (DGS, 2013).

Os principais objetivos da saúde ocupacional foram estipulados pela WHO (2001a) e são:

- Proteger e promover a saúde e a segurança dos trabalhadores através da prevenção e controlo de acidentes e doenças profissionais e da eliminação dos fatores de risco;
- Promover o bem-estar físico, mental e social, a manutenção da capacidade de trabalho e o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Permitir que os trabalhadores tenham vidas sociais e economicamente produtivas e que contribuam positivamente para um desenvolvimento sustentável.

Importa compreender alguns conceitos nesta área que se passarão a apresentar. Por *trabalhador* entende-se uma pessoa individual que presta um serviço a um empregador, mediante retribuição, bem como o principiante, o estagiário, o aprendiz e os que dependem economicamente do mesmo com base nos meios de trabalho e no resultado da sua atividade, mesmo não sendo titulares de uma relação jurídica de emprego (Lei n.º 3/2014, artigo 4.º). Por *empregador* entende-se a pessoa individual ou coletiva que tem ao seu serviço um ou mais trabalhadores e é responsável pela empresa ou estabelecimento ou, quando se trata de organismos sem fins lucrativos, que apresente competência para a contratação de trabalhadores (Lei n.º 102/2009, artigo 4.º). E por *local de trabalho* entende-se o lugar no qual o trabalhador se encontra ou de onde ou para onde deve dirigir-se em função

do seu trabalho, no qual esteja direta ou indiretamente sujeito ao controle do empregador (Lei n.º 102/2009, artigo 4.º).

Compreende-se, assim, que existem vários fatores que influenciam a saúde dos trabalhadores, pelo que esta não é influenciada apenas pelos riscos profissionais a que estão expostos, entendendo-se por *riscos* a probabilidade de ocorrência de dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material associado ao trabalho que apresente perigo (Lei n.º 102/2009, artigo 4.º), mas também por fatores sociais como as desigualdades, fatores individuais e acesso aos serviços de saúde. Desta forma, para haver uma melhoria na saúde dos mesmos, estes aspetos devem ser tidos em consideração aquando da avaliação do seu estado de saúde, requerendo, então, a existência de uma avaliação holística, que se poderá estender à família e à comunidade (WHO, 2006).

Neste seguimento, a área da saúde ocupacional ganha especial atenção quando se percebe que a população de trabalhadores representa metade da população mundial e é a principal contribuinte para o desenvolvimento económico e social (WHO, 2007), sendo a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores essenciais para este desenvolvimento (Alli, 2008). Isto remete para um reconhecimento cada vez maior da relação existente entre condições de trabalho, saúde e produtividade (WHO, 2006), uma vez que a promoção da saúde e da segurança no trabalho, ao melhorar as condições de trabalho, não só promove o bem-estar dos trabalhadores, como aumenta a probabilidade destes se sentirem motivados e satisfeitos, contribuindo positivamente para um aumento da produtividade e da qualidade (Alli, 2008).

De acordo com a WHO (2009), a *promoção da saúde* pode ser definida como o processo que capacita as pessoas para aumentar o seu controlo sobre e para melhorar a sua saúde, uma vez que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e mudar ou lidar com o ambiente envolvente.

Apesar de nas últimas décadas terem sido realizados avanços significativos na saúde ocupacional e de se constatar uma diminuição do número de acidentes graves, é de salientar que o número de acidentes e doenças profissionais continua demasiado alto (ILO, 2011).

Para um maior entendimento dos conceitos, *acidente de trabalho* é o acidente que se verifique no local e no tempo de trabalho e que produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença dos quais resulte redução na capacidade de trabalho ou a morte do trabalhador (Lei n.º 98/2009, artigo 8.º). Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido no trajeto de ida para ou de regresso do local de trabalho, aquando da execução de serviços para o empregador, quando em formação profissional, quando no exercício do direito de reunião ou de atividade de representante dos trabalhadores, quando no local de pagamento da retribuição, quando no local de assistência do acidente de trabalho anterior, quando à procura de emprego durante as horas estipuladas para tal durante o processo de cessação do contrato de trabalho em curso, quando fora do local ou do tempo de trabalho mas em prestação de serviços determinados pelo empregador ou por ele consentidos (Lei n.º 98/2009, artigo 9.º). Também não deixa de ser considerado acidente de trabalho se ocorrer quando o trajeto normal tenha sofrido interrupções ou desvios inerentes à satisfação de necessidades atendíveis do trabalhador ou a motivos de força maior ou por caso fortuito (Lei n.º 98/2009, artigo 9.º).

Por sua vez, a *doença profissional* caracteriza-se por resultar diretamente das condições de trabalho, causando incapacidade para o exercício profissional ou morte do trabalhador (União Geral de Trabalhadores, 2011). Desta forma, consideram-se doenças profissionais as que constam na Lista das Doenças Profissionais do Decreto Regulamentar n.º 76/2007 e as lesões corporais, perturbações funcionais ou doenças que apesar de não estarem inseridas na Lista, sejam consequência necessária e direta da atividade profissional e não representem um desgaste normal do organismo (Lei n.º 98/2009, artigo 94.º).

De acordo com os valores apresentados em 2008, foi estimado que cerca de 2,34 milhões de pessoas tenham morrido por acidentes ou por doenças relacionados com o trabalho, o que equivale a uma média de 6,30 mortes relacionadas com o trabalho todos os dias (ILO, 2011). Para além disto, no mesmo ano, foi estimado que cerca de 317 milhões de trabalhadores apresentaram acidentes de trabalho não fatais que resultaram em ausências do trabalho em pelo menos quatro dias, o que equivale a uma média de aproximadamente 850 acidentes por dia (ILO, 2011).

Em Portugal, no ano de 2010, ocorreram cerca de 591 acidentes de trabalho por dia e estima-se que ocorram entre quatro a cinco mortes por dia associadas ao trabalho (DGS, 2013). Isto revela que, apesar dos valores terem vindo a diminuir (MTSS e ACT, 2008), continuam a verificar-se elevados níveis de sinistralidade, demonstrando que as estruturas de prevenção de riscos profissionais são, muitas vezes, deficientes ou inexistentes (Decreto-Lei n.º 109/2000).

Os custos totais associados aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais são normalmente maiores do que os que são imediatamente percebidos, pelo que investir ao nível da saúde ocupacional reduz tanto os custos diretos como os custos indiretos, reduzindo o absentismo e aumentando a moral dos trabalhadores e, consequentemente, a produtividade e a qualidade (ILO, 2011). A ILO estima que cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial é perdido em custos diretos e indiretos associados a acidentes de trabalho e a doenças profissionais (ILO, 2013). Fazendo, agora, esta associação para a realidade portuguesa, considerando os dados nacionais do PIB real para 2012, pode-se perceber que corresponde a cerca de 6045 milhões de euros (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Por este motivo, é perceptível que a prevenção primária de acidentes e doenças profissionais seja rentável e um fator de economia (WHO, 2006), pelo que a saúde e a segurança dos trabalhadores são considerados fatores de extrema importância para a sustentabilidade das empresas e das comunidades, bem como para as economias nacionais e regionais (OMS, 2010).

Como forma de promover a saúde ocupacional, a DGS (2013) apresenta como ações impulsionar a divulgação de informação em saúde ocupacional. Para isto, a mesma refere que se deve divulgar junto das grandes empresas as principais vantagens decorrentes da organização e implementação dos serviços de saúde ocupacional adequados; participar e patrocinar ao nível científico eventos profissionais da saúde ocupacional que possibilitem a partilha de experiências e boas práticas entre os profissionais; assim como valorizar a informação na comunicação social relativa à saúde ocupacional, devendo a comunicação ser efetuada de forma a promover a saúde do trabalhador como um bem essencial para o desenvolvimento das empresas, do país e, consequentemente, da sociedade.

A ILO (2011) afirma, ainda, que deve ser prestada maior atenção às campanhas de sensibilização que procuram uma maior compreensão do público em geral sobre o impacto dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.

1.2.1 Modelo para Ambientes de Trabalho Saudáveis

Muitas empresas/organizações e governos não têm qualquer entendimento sobre as vantagens de ambientes de trabalho saudáveis, ou não têm o conhecimento, as competências ou as ferramentas necessárias para melhorar os ambientes de trabalho (WHO, 2010). Assim, no sentido de criar e manter ambientes de trabalho saudáveis a OMS (2010) elaborou um modelo para ser aplicado e adaptado pelos vários Estados membros, uma vez que a segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais para os profissionais de todo o mundo, e também para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas, comunidades e economias nacionais e regionais.

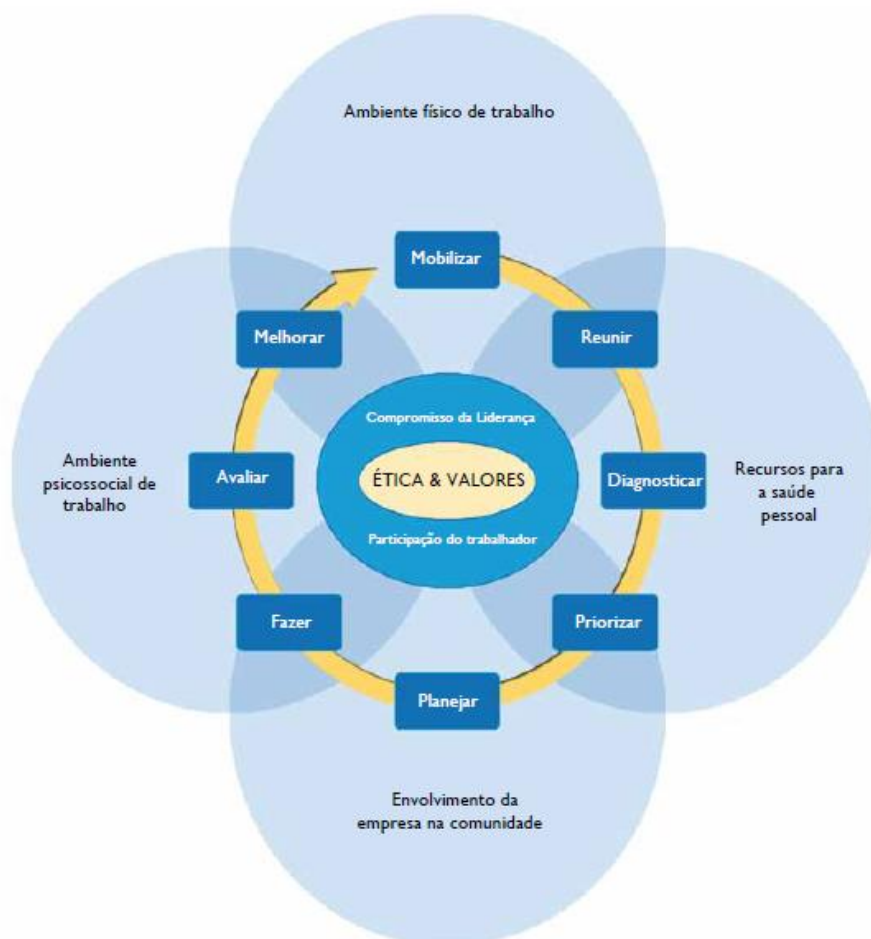
Revela-se, desta forma, pertinente justificar a criação do modelo, sendo que as principais razões se relacionam com questões éticas, visto que é

considerado errado expor os trabalhadores a riscos, principalmente em países desenvolvidos que apresentem condições para tal; questões económicas, uma vez que existe maior produtividade e qualidade se os trabalhadores forem saudáveis; bem como questões associadas à legislação em vigor, no sentido das empresas evitarem problemas legais (WHO, 2010).

Para a OMS (2010, p.6) ambiente de trabalho saudável é “...aquele em que os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho...”.

Seguidamente será apresentado e explanado o modelo proposto pela OMS (2010) (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Ambientes de Trabalho Saudáveis da OMS



Fonte: OMS (2010)

Este modelo apresenta as quatro vias de influência para um ambiente de trabalho saudável que se sobrepõem umas às outras e nas quais é possível adotar mais facilmente determinadas ações.

A primeira via de influência é o ambiente físico de trabalho que se refere à estrutura, ar, maquinaria, móveis, produtos, substâncias químicas, materiais e processos de produção. Este é o primeiro a ser focalizado, pois normalmente os perigos no ambiente físico podem incapacitar ou até causar a morte dos trabalhadores. Desta forma, a OMS (2010) dá exemplos de como influenciar este ambiente de trabalho, referindo que os perigos devem ser identificados, examinados e controlados, sendo geralmente as principais etapas as seguintes: eliminação ou substituição; controlos de engenharia como a instalação de dispositivos de segurança; controlos administrativos como a garantia da limpeza dos locais; e a manutenção preventiva em máquinas e equipamentos e equipamentos de proteção individual.

A segunda via de influência é o ambiente psicossocial de trabalho que inclui a cultura organizacional, atitudes, valores, crenças e práticas quotidianas que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Algumas formas para influenciar este ambiente de trabalho poderão ser: eliminar ou modificar a origem; diminuir o impacto sobre os trabalhadores ao permitir uma maior flexibilidade para lidar com situações de conflito, proporcionando uma comunicação aberta e honesta; e proteger os trabalhadores por meio da sensibilização e preparação.

A terceira via de influência são os recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho que se referem aos serviços de saúde, informação, recursos, oportunidades, flexibilidade e outros ambientes de apoio. Algumas formas para melhorar estes recursos são referenciadas, como: proporcionar aos trabalhadores instalações para fazer exercícios ou fornecer subsídio financeiro para aulas ou equipamentos de ginástica; estimular caminhadas ou o uso de bicicleta durante as atividades de trabalho; proporcionar e subsidiar a escolha de alimentos saudáveis nos refeitórios, cantinas e máquinas de venda automática; permitir flexibilidade na hora e duração das pausas de trabalho; implementar e estimular uma política de ambiente de

trabalho livre de fumo; proporcionar programas de tratamento do tabagismo; oferecer serviços como avaliações de saúde, exames auxiliares de diagnóstico, acompanhamento médico, tratamentos e medicamentos que não sejam acessíveis na comunidade; e promover a educação em saúde e atividades de apoio no retorno dos profissionais ao trabalho após doença, acidente ou incapacidade.

A quarta via de influência é o envolvimento da empresa na comunidade que se refere às atividades nas quais a empresa poderá participar, ou conhecimentos e recursos que pode disponibilizar para apoiar o bem-estar físico e social da comunidade em que atua. Alguns exemplos de formas como as empresas podem envolver-se com a comunidade são: iniciar atividades de controlo de emissões de poluentes e produções limpas ou ajudar a resolver problemas de poluição na comunidade; apoiar o diagnóstico e tratamento de doenças; ampliar os cuidados de saúde primários gratuitos ou subsidiados para trabalhadores e suas famílias ou apoiar a criação de instalações destinadas aos cuidados de saúde primários na comunidade; instituir políticas de igualdade de género no local de trabalho para proteger e apoiar as mulheres ou políticas de proteção para outros grupos vulneráveis; proporcionar alfabetização suplementar gratuita ou a preços acessíveis aos trabalhadores e suas famílias; proporcionar liderança e perícia relacionadas com a segurança e saúde no trabalho para pequenas e médias empresas; trabalhar em parceria com administradores das comunidades na construção de edificações; e viabilizar o transporte gratuito ou bicicletas para os profissionais deslocarem-se para o trabalho.

Relativamente à outra componente do modelo, as várias fases necessárias para iniciar e manter um programa de desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis são:

- Mobilizar - para mobilizar recursos para investir em mudanças é preciso antes reunir informações sobre as necessidades existentes das pessoas, os seus valores e prioridades. Assim, é fundamental identificar as lideranças chave, formadores de opinião e influenciadores na empresa e identificar o que poderá mobilizá-los,

sendo esta etapa essencial para assumir um compromisso em torno de uma ação.

- Reunir - reunião dos recursos necessários, inclusive de uma equipa de trabalho que promoverá mudanças na empresa.
- Diagnosticar - esta é a primeira tarefa a realizar utilizando para isso dados pré-existentes, a avaliação da saúde dos trabalhadores em termos de saúde ocupacional, a avaliação do futuro desejado pela empresa e pelos trabalhadores.
- Priorizar - é necessário definir quais os critérios para priorizar, sendo que se seguem alguns critérios que deverão ser considerados: limite da exposição a fatores de risco ocupacionais; facilidade em implementar soluções; risco para os trabalhadores; possibilidade de fazer a diferença; custos prováveis inerentes ao ignorar do problema; e opiniões e preferências subjetivas das partes envolvidas no ambiente de trabalho.
- Planear - desenvolver um plano na área da saúde, devendo este focar algumas prioridades identificadas como as mais críticas para a saúde e, após as aprovações necessárias para o plano, é preciso desenvolver planos de ações específicos que esclareçam as metas, os resultados esperados, cronograma, responsabilidades, orçamentos, instalações, recursos necessários, planeamento do lançamento, *marketing*, promoção do programa, preparação, manutenção e plano de avaliação.
- Fazer - as responsabilidades de cada ação planeada devem ser atribuídas aos diferentes intervenientes.
- Avaliar - tanto o processo de implementação como os resultados devem ser avaliados a curto e a longo prazos, sendo importante avaliar o programa de ambiente de trabalho saudável ao fim de três a cinco anos ou após alguma alteração significativa.
- Melhorar - este último passo é também o primeiro do próximo ciclo, uma vez que este assenta nas alterações que têm que ser feitas com base nos resultados da avaliação.

Estas fases juntamente com as vias de influência permitem desenvolver ambientes de trabalho saudáveis quando adaptados às diferentes realidades, pelo que para promover este desenvolvimento a OMS (2010) identifica os princípios aos quais as empresas devem prestar atenção, sendo eles: compromisso da liderança com base em valores fundamentais, envolvimento dos trabalhadores e dos seus representantes, análise dos défices, aprendizagem com os outros, garantia da sustentabilidade e a importância da integração.

1.2.2 Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional em Portugal

Em Portugal, os serviços de saúde ocupacional são organizados pelas entidades empregadoras (DGS, 2013), sendo o atual regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e saúde no trabalho legislado pela Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro (e mais atualmente pela segunda alteração aplicada a esta, a Lei n.º 3/2014) que regulamenta o Artigo 284.º do Código do Trabalho, e que se aplica a todos os ramos de atividade, nos setores privado ou cooperativo e social, ao trabalhador por conta de outrem e respetivo empregador, incluindo as pessoas coletivas de direito privado sem fins lucrativos e ao trabalhador independente (Lei n.º 102/2009). Na área da saúde existem, ainda, outras modalidades de estabelecimentos, tais como as entidades públicas empresariais, as quais também são abrangidas pelo regime geral de segurança e saúde no trabalho estipulado na Lei n.º 102/2009 (DGS, 2010a). No setor público e nos trabalhadores que exerçam funções nos serviços de administração direta, indireta, regional e local aplica-se a legislação anterior que tem por base o Decreto-Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro e os que o sucederam (DGS, 2010a).

Em qualquer dos setores, cabe ao empregador “... assegurar ao trabalhador condições de segurança e de saúde em todos os aspetos do seu trabalho” (Lei 3/2014, artigo 15.º, p.568). Neste sentido, no que diz respeito às modalidades de serviços, de acordo com a Lei n.º 102/2009, as entidades

empregadoras podem adotar modalidades diferentes, como o serviço interno, o serviço externo e o serviço comum. Preconiza-se que a organização destes serviços englobe duas vertentes de atuação distintas e complementares, a da “Saúde do Trabalho” e a da “Segurança do Trabalho”, para as quais se poderá adotar diferentes modalidades, sendo que atualmente a maioria das empresas ou estabelecimentos opta pela modalidade de serviços externos da vertente “Saúde do Trabalho” (DGS, 2013). Contudo, segundo o mesmo autor, é indispensável à organização de qualquer serviço de saúde ocupacional a coexistência e a cooperação das duas vertentes.

Importa, portanto, compreender o que caracteriza cada modalidade. O *serviço interno* é instituído pelo empregador e abrange exclusivamente os trabalhadores pelos quais este é responsável, fazendo parte da estrutura da empresa e funcionando na dependência do empregador, ou seja, é um serviço prestado por uma empresa a outras empresas do grupo desde que pertençam a sociedades que se encontrem em relação de domínio ou de grupo (Lei n.º 102/2009, artigo 78.º). Assim, este serviço deve ser adotado quando: o estabelecimento tenha pelo menos 400 trabalhadores; o conjunto de estabelecimentos que distem até 50 Km daquele que ocupar maior número de trabalhadores e que, com este, tenham pelo menos 400 trabalhadores; o estabelecimento ou o conjunto de estabelecimentos que desenvolvam atividades de risco elevado a que estejam expostos pelo menos 30 trabalhadores (Lei n.º 102/2009, artigo 78.º).

O *serviço comum* caracteriza-se por ser instituído através do acordo entre várias empresas pertencentes a sociedades que não se encontrem em relação de grupo nem apresentem as condições referidas no parágrafo anterior, contemplando exclusivamente os trabalhadores por quem sejam responsáveis (Lei n.º 102/2009, artigo 82.º).

O *serviço externo* é desenvolvido pela entidade que, mediante contrato com o empregador, realiza atividades na vertente de segurança ou na de saúde no trabalho, desde que não seja serviço comum (Lei n.º 102/2009, artigo 83.º). Este serviço pode compreender os seguintes tipos: associativos, ou

seja, prestados por associações com personalidade jurídica sem fins lucrativos, cuja finalidade compreenda, expressamente, a prestação de serviço de segurança e saúde no trabalho; cooperativos, quando prestados por cooperativas cujo objetivo compreenda, expressamente, a atividade de segurança e saúde no trabalho; privados, ou seja, prestados por sociedades cujo pacto social refira o exercício de atividades de segurança e de saúde no trabalho ou por pessoa individual detentora das qualificações legais adequadas; e convencionados, isto é, prestados por qualquer entidade da administração pública central, regional ou local, instituto público ou instituição integrada no Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 102/2009, artigo 83.º).

Para além dos serviços internos, comuns e externos, o empregador pode adotar um modo de organização diferente dos referidos desde que obtenha a respetiva autorização (Lei n.º 102/2009, artigo 83.º).

A DGS é a entidade responsável pela autorização de empresas prestadoras de serviços externos de “Saúde do Trabalho”, sendo que o número de empresas autorizadas tem aumentado desde 2009 (DGS, 2013). As Administrações Regionais de Saúde (ARS) são as entidades encarregadas pela DGS para realizarem vistorias das empresas prestadoras dos serviços, sediadas na respetiva área geográfica (DGS, 2013).

Mais detalhadamente, de acordo com a Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-A, o serviço de saúde ocupacional deve procurar:

- Assegurar condições de trabalho que tenham em consideração a segurança e a saúde física e mental dos trabalhadores;
- Desenvolver as condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas de prevenção associadas à identificação, planificação, avaliação e eliminação ou redução dos riscos presentes nos locais de trabalho;
- Informar e formar os trabalhadores sobre a segurança e saúde no trabalho;

- Informar e consultar os representantes dos trabalhadores, ou quando na sua falta os próprios trabalhadores, para a segurança e saúde no trabalho.

Desta forma, as principais atividades do serviço de saúde ocupacional estão relacionadas com a prevenção dos riscos profissionais e com a promoção da segurança e da saúde dos trabalhadores, através da avaliação dos riscos e das respetivas medidas de prevenção como a elaboração de relatórios e de planos de prevenção; elaboração de planos de emergência; colaboração na organização do trabalho e na manutenção dos equipamentos de trabalho; supervisionamento do aprovisionamento ao nível da validade e da conservação dos equipamentos e das instalações; realização de exames de vigilância da saúde; formação e promoção da segurança e saúde no trabalho; elaboração das participações em caso de acidente de trabalho; coordenação ou acompanhamento de auditorias e inspeções internas; análise das causas de acidentes e de doenças profissionais; e atividades de primeiros socorros (Lei n.º 3/2014, artigos 73.º-B e 75.º).

Os grupos de trabalhadores específicos, como são exemplo os trabalhadores independentes e microempresas que não exerçam atividades de risco elevado, devem ter acesso ao Serviço Nacional de Saúde para efeitos de promoção e vigilância da saúde no contexto do trabalho (Lei n.º 102/2009). Contudo, esta atividade está a ser efetuada de forma esporádica e não normalizada, pelo que deverão ser estabelecidos os procedimentos necessários para a prestação dos cuidados primários de saúde ocupacional aos referidos trabalhadores (DGS, 2013).

Segundo Rogers (2011), os serviços de saúde ocupacional deveriam ser constituídos por uma equipa de profissionais, cujos membros essenciais seriam o enfermeiro do trabalho, o médico do trabalho, o técnico de higiene do trabalho e o técnico de segurança. Por sua vez, a legislação preconiza que as atividades de vigilância de saúde nas empresas com mais de 250 trabalhadores cabem ao médico do trabalho e a um enfermeiro do trabalho com experiência adequada (Lei n.º 3/2014, artigo 104.º). No que diz respeito às entidades públicas, a Lei n.º 59/2008, artigo 221.º, refere que também

estas devem assegurar ao trabalhador condições de segurança, higiene e saúde, ou seja, estas são obrigadas a organizar as atividades de segurança, higiene e saúde no trabalho para prevenir os riscos profissionais e promover a saúde dos trabalhadores, pelo que a vigilância da saúde deve ser da responsabilidade do médico do trabalho, e nos serviços com mais de 200 trabalhadores, esta passa a ser do médico e do enfermeiro do trabalho. Contudo, o que se tem verificado mais frequentemente é a existência de apenas um enfermeiro do trabalho em colaboração com o médico do trabalho, sendo que à medida que as empresas crescem é provável que estas contratem mais enfermeiros, técnicos de segurança e higiene e médicos (Rogers, 2011).

Na administração pública, a organização dos serviços de saúde ocupacional ainda se encontra pouco desenvolvida, embora se encontrem bons exemplos, nomeadamente ao nível das unidades de saúde e municípios (DGS, 2013). Segundo o mesmo autor, tendo em consideração o elevado número de trabalhadores, a especificidade dos riscos profissionais e as características dos locais de trabalho, deve ser dada especial atenção ao setor da saúde e às entidades da Administração Central e Local.

No que diz respeito às entidades reguladas pelas ARS(s) cabe a estas últimas definirem a política de saúde ocupacional para os seus trabalhadores, ficando sujeitas às diretrizes estipuladas pela ACT e pela DGS (DGS, 2010a). Devido à existência de riscos profissionais nos serviços de saúde e à dimensão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e da Sede das ARS(s), é justificável a existência de serviços internos de saúde ocupacional da responsabilidade do órgão máximo de gestão, sendo que estes devem ser autónomos por ACES/Sede da ARS ou partilhados entre Sede e ACES de acordo com a Lei n.º59/2009, artigo 139.º. De acordo com o mesmo autor, na atual forma de organização de serviços de saúde ocupacional nos ACES, vertente interna, cabe ao diretor executivo a definição e a administração da política de saúde dos trabalhadores da sua instituição (DGS, 2010a).

No caso da vertente externa em saúde ocupacional, as ARS(s), também têm responsabilidades na gestão de programas de prevenção, promoção e

proteção da saúde dos trabalhadores das empresas privadas e de outras empresas públicas da sua área geodemográfica, através dos seus Departamentos e Unidades de Saúde Pública (DGS, 2010a). Assim sendo, cabe à ARS definir a política da instituição quanto ao serviço de saúde ocupacional, sendo que os serviços internos devem estar na dependência direta da administração e serem dotados de instalações, materiais e recursos humanos, ou seja, uma equipa multidisciplinar com competências técnico-científicas constituída por um médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico superior de higiene e segurança/técnico de saúde ambiental ou outro com Certificado de Aptidão Profissional (CAP), assistente técnico (administrativo), e, se possível ainda, um ergonomista, psicólogo do trabalho ou das organizações, ou outros (DGS, 2010a).

Relativamente às unidades hospitalares, estas caracterizam-se por serem estruturas complexas e que, do ponto de vista da saúde ocupacional, apresentam algumas características particulares que as diferenciam pela sua tipologia e funcionalidade, uma vez que apresentam um grande número de trabalhadores que trabalham 24 horas/dia, todo o ano em regime de trabalho por turnos; apresentam uma multidisciplinariedade, o que faz com que existam várias expectativas e necessidades pessoais e profissionais; muitas atividades desenvolvem-se em espaços adaptados ou com erros de conceção; para além dos riscos comuns à generalidade das empresas, as características da população utilizadora, das atividades desenvolvidas e das condições existentes levam à exposição a um conjunto de fatores de risco profissional de natureza química, física, biológica e psicossocial (Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2007).

Devido a esta complexidade e características peculiares, a DGS (2014a) elaborou uma orientação que aborda a questão da organização do serviço de saúde ocupacional ao nível dos centros hospitalares/hospitais públicos, privados e do setor social. Neste documento a DGS (2014a) refere que é da responsabilidade da gestão de topo implementar o que se encontra nele preconizado.

Assim, mais detalhadamente, encontram-se definidos os requisitos para o serviço de saúde ocupacional que devem ser cumpridos pelos centros hospitalares/hospitais (DGS, 2014a):

- Enquadramento Político-Organizacional - no qual a política da saúde ocupacional deve ser expressa num documento escrito, evidenciando o reconhecimento e a importância dada à saúde e segurança do trabalho, dando um enquadramento de suporte à organização do serviço de saúde ocupacional e à definição de objetivos, devendo-se, para isso, privilegiar a participação dos trabalhadores. Este documento deverá garantir um ambiente de trabalho saudável, a aplicação de medidas de prevenção e proteção, a atribuição de competências específicas, a disponibilização dos recursos essenciais, a disponibilização da informação e formação necessárias e a melhoria contínua.
- Modalidade de Organização - devido aos riscos existentes e ao número de trabalhadores, os centros hospitalares/hospitais são obrigados a adotar a modalidade de organização de serviço interno para o serviço de saúde ocupacional, podendo esta ser efetuada por hospital ou por centro hospitalar.
- Recursos Humanos - é necessária a constituição de equipas multidisciplinares e multiprofissionais, devendo ser constituídas pelo diretor do serviço de saúde ocupacional, pelo médico do trabalho, pelo enfermeiro do trabalho, pelo técnico superior e técnico de segurança do trabalho e outros profissionais para além desta equipa “base” como ergonomista, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista, físico e outros.
- Instalações, Equipamentos e Utensílios - as instalações do serviço de saúde ocupacional deverão ter no mínimo as seguintes divisões: dois gabinetes (médico e de enfermagem), devendo ser acrescentados mais dois gabinetes por cada 1500 trabalhadores; sala de trabalho para o técnico de segurança do trabalho, acrescentando mais uma por cada 1500 trabalhadores; sala de trabalho para administrativo(s); sala de espera; vestiário para profissionais; e instalações sanitárias.

- Gestão - será boa prática utilizar o Ciclo de *Deming* que tem como principais etapas: Planear - no qual será realizado o planeamento do serviço de saúde ocupacional, devendo definir os seus objetivos, realizar/atualizar o diagnóstico de situação, elaborar o Programa de Ação do Serviço de Saúde Ocupacional, estabelecer os procedimentos e as instruções para as atividades de saúde ocupacional e estabelecer os registos que comprovem a ação do serviço. Executar. Verificar - confirmar a execução das atividades e monitorizar e avaliar os resultados obtidos. Atuar/Avaliar - destacar os aspetos positivos alcançados e os que devem ser reforçados, devendo identificar os constrangimentos e as ações que são necessárias adotar.
- Recursos Financeiros - deverão existir verbas agregadas a este serviço devidamente previstas no orçamento do centro hospitalar/hospital, para além do eventual fundo de maneo a ser gerido pelo serviço de saúde ocupacional.

Em síntese é possível identificar que existem várias opções ao nível dos serviços de saúde ocupacional (interno, comum e externo), dependendo da realidade envolvente, pelo que a legislação procura dar resposta às especificidades de cada uma.

Com o intuito de explorar a aplicação prática dos serviços de saúde ocupacional portugueses, no subcapítulo seguinte serão abordados alguns exemplos.

1.2.3 *Serviços de Saúde Ocupacional Nacionais*

Para uma melhor perceção da realidade portuguesa face aos serviços de saúde ocupacional nas instituições de saúde, seguem-se três exemplos que permitem compreender o funcionamento ao nível dos serviços hospitalares. A seleção dos serviços prendeu-se com o facto de pertencerem à área geográfica do Porto e Vila Nova de Gaia.

Assim sendo, o primeiro reporta-se ao Centro Hospitalar do Porto (CHP), EPE, que apresenta o Departamento de Gestão da Qualidade, do Risco, Higiene, Saúde e Segurança, o qual é constituído, entre outros, pelo Gabinete de Higiene e Segurança e pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Medicina Familiar, este último dirigido por um médico com especialização em medicina do trabalho e acompanhado por um enfermeiro, sendo a sua ação dirigida a todos os profissionais no seu local de trabalho, centrando-se no sistema de trabalho e nos fatores periféricos que afetam a saúde, o bem-estar e o rendimento dos trabalhadores (CHP, 2008).

O presente serviço tem como princípios orientadores promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, a equidade de acesso e utilização dos serviços, a garantia da proteção da saúde e a prevenção dos riscos profissionais e a humanização do trabalho, e como finalidade prevenir os riscos profissionais, promover a saúde dos trabalhadores, realizar exames de saúde e admissão, periódicos e ocasionais aos trabalhadores, acompanhar todos os acidentes de trabalho e promover as condições de trabalho adaptadas a todos os trabalhadores (CHP, 2007).

Alguns dos programas que se encontram implementados são Prevenção e Controlo da Hepatite B, C e HIV nos Profissionais de Saúde, Prevenção e Controlo da Tuberculose Pulmonar nos Profissionais de Saúde, Prevenção e Controlo dos Acidentes de Trabalho, Vacinação dos Trabalhadores (tétano, hepatite B, gripe, entre outros), Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas e Avaliação dos Riscos Profissionais por Serviço (CHP, 2007).

Outro exemplo é a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), EPE, que apresenta o Gabinete de Saúde Ocupacional que é coordenado por um médico do trabalho (ULSM, 2013), sendo a equipa constituída por dois médicos, um enfermeiro e uma administrativa (ULSM, 2010). As atividades deste Gabinete centram-se na vigilância da saúde dos profissionais em função dos riscos a que se encontram expostos, sendo que a avaliação clínica dever-se-á realizar de forma periódica, bem como na cooperação com todos os serviços, especialmente com o Gabinete de Higiene e Segurança com vista à promoção da saúde nos locais de trabalho e ao estabelecimento e

manutenção de condições de trabalho que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores (ULSM, 2013).

Desta forma, para a ULSM a saúde ocupacional tem como finalidade a promoção das condições de trabalho de maneira a garantir a qualidade de vida no trabalho, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social e prevenir a doença e os acidentes de trabalho, intervindo em várias frentes (ULSM, 2010):

- Prevenção dos riscos profissionais;
- Promoção da saúde dos trabalhadores;
- Realização de exames de saúde de admissão, periódicos e ocasionais aos trabalhadores;
- Acompanhamento de todos os acidentes de trabalho;
- Promoção das condições de trabalho adaptadas a todos os trabalhadores;
- Articulação com o Gabinete de Higiene e Segurança para informação e formação sobre os riscos no local de trabalho para a saúde dos trabalhadores.

Por último, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE) apresenta o Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, que visa o indivíduo e o ambiente de trabalho, incluindo a organização e as condições deste, tendo como objetivo a proteção, a promoção da saúde e a prevenção de acidentes e doenças profissionais (CHVNGE, 2010). Segundo o mesmo autor, a ação deste serviço abrange todos os profissionais do CHVNGE, centrando-se no sistema de trabalho e nos fatores periféricos que afetam a saúde, o bem-estar e o rendimento dos mesmos, sendo dirigido por um profissional ou direção de serviço.

Após uma breve abordagem a nível nacional é pertinente apresentar uma visão do que ocorre a nível internacional, pelo que será abordada esta temática ao nível de três países no subcapítulo seguinte.

1.2.4 A Saúde Ocupacional em Contexto Internacional

De forma a compreender um pouco a realidade da saúde ocupacional a nível internacional, apresentam-se três exemplos, o da Finlândia, do Brasil e de Espanha. Considerou-se pertinente fazer referência a estes três países, uma vez que a Finlândia é um dos países que se encontra bastante desenvolvido ao nível da saúde ocupacional (WHO, 2012) e porque Portugal, Brasil e Espanha apresentam muitas características em comum, devido a antecedentes históricos, proximidade geográfica, cultural ou linguística, que facilitam o fluxo regular de trabalhadores entre estes países (Projeto INT-SO, 2014).

Na Finlândia é dever do empregador organizar e estabelecer um serviço de saúde ocupacional na sua empresa, tendo como finalidade a prevenção e controlo de riscos e problemas relacionados com as condições de trabalho e proteger e promover a segurança, a capacidade de trabalho e a saúde dos trabalhadores (WHO, 2012). Os serviços de saúde ocupacional cobrem cerca de 90% dos trabalhadores, sendo esta uma das taxas mais elevadas a nível mundial (Ministry of Social Affairs and Health e Finnish Institute Of Occupational Health, 2004). Os empregadores apesar de serem responsáveis pela organização do serviço de saúde ocupacional, apenas suportam entre 40 a 50% dos custos associados a este, uma vez que a segurança social suporta o restante valor (Naumanen e Liesivuori, 2009).

Segundo o *National Profile of Occupational Health System in Finland*, os profissionais responsáveis pelos serviços de saúde ocupacional finlandeses devem apresentar formação especializada, como é o caso de médicos, enfermeiros do trabalho e higienistas, sendo que esta formação tem que englobar uma componente teórica e uma componente prática (WHO, 2012).

Mais especificamente, no que diz respeito ao enfermeiro do trabalho a sua formação está incluída na formação do enfermeiro de saúde pública que inclui teoria e prática em saúde ocupacional, contudo os estudos complementares necessários para trabalhar em saúde ocupacional estão

disponíveis em instituições politécnicas e no Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (WHO, 2012). Os conteúdos principais abordados na formação complementar estão relacionados com o sistema de saúde ocupacional, a legislação, avaliação do risco, higiene ocupacional (exposição a fatores químicos, físicos e biológicos), medicina ocupacional, fatores psicossociais no trabalho, ergonomia, promoção da saúde, estratégias nacionais de saúde ocupacional e planeamento em saúde ocupacional (WHO, 2012). Desta forma o papel do enfermeiro do trabalho na Finlândia revela-se crucial, pois este coordena o serviço e trabalha como um grupo central com médicos do trabalho (WHO, 2012).

No que diz respeito ao Brasil existem as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho que se aplicam às empresas privadas e públicas e aos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como aos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (Portaria SIT n.º 84 de 2009). Estas mesmas empresas deverão manter, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de proteger e promover a saúde do trabalhador no local de trabalho (Portaria SIT n.º 128 de 2009).

Assim, cabe ao empregador cumprir e fazer cumprir a legislação sobre segurança e medicina do trabalho, elaborando ordens de serviço; dando conhecimento aos empregados por comunicados, cartazes ou meios eletrónicos; informando os trabalhadores sobre os riscos profissionais que possam surgir nos locais de trabalho, sobre os meios para prevenir e limitar tais riscos e as medidas adotadas pela empresa, sobre os resultados dos exames médicos e das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho; permitindo que representantes dos trabalhadores acompanhem a fiscalização das normas regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho; e elaborando procedimentos que devem ser adotados em caso de acidente ou doença profissional (Portaria SIT n.º 84 de 2009).

Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser constituídos por um médico do trabalho, um engenheiro

de segurança do trabalho, um técnico de segurança do trabalho, um enfermeiro do trabalho e um auxiliar de enfermagem do trabalho, sendo que esta constituição encontra-se dependente do número de trabalhadores existentes (Portaria SIT n.º 128 de 2009).

Para além destas normas existe, ainda, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador que surgiu com a intenção de promover vínculos mais sólidos entre os centros de referência e programas de saúde do trabalhador com as estruturas orgânicas de saúde, que se mantinham, muitas vezes, isolados (Leão e Vasconcellos, 2011). A construção desta Rede representou o fortalecimento da saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, apresentando como seus componentes os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e as unidades sentinela, isto é, serviços de média e alta complexidade capacitados para identificar, investigar, diagnosticar e notificar casos de doenças e/ou acidentes de trabalho e que poderão, ainda, participar no planeamento de ações de vigilância (Fundo Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, 2006). De uma forma geral, estes serviços procuram promover a melhoria e a implementação de ações de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação do trabalhador brasileiro (Fundo Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, 2006).

Por último, em Espanha o empregador tem a responsabilidade pela prevenção dos riscos inerentes à saúde ocupacional (Benach, Amable, Menéndez e Muntaner, 2004). Um dos princípios básicos das políticas de saúde ocupacional espanholas é a participação dos trabalhadores nas decisões e na implementação de políticas nas empresas (Benavides, Boix, Rodrigo e Gil, 2013). A Lei de Prevenção dos Riscos Profissionais e o Regulamento dos Serviços de Prevenção são os principais instrumentos jurídicos que regulam a obrigatoriedade dos empregadores estruturarem a sua ação de prevenção de riscos profissionais (Maçorano, Tavares e Oliveira, 2010).

Desta forma, a legislação referente à tipologia da organização dos serviços de saúde ocupacional espanhóis difere um pouco da legislação portuguesa

(Maçorano, Tavares e Oliveira, 2010), uma vez que em Espanha nas empresas que não pertencem ao grupo de atividades de risco elevado é obrigatória a existência de serviços internos quando estas empreguem mais de 500 trabalhadores e as empresas sobre as quais as entidades inspetoras assim o decidirem (Real Decreto 337/2010). Por outro lado, para empresas do grupo de atividade de risco elevado a organização dos serviços internos é obrigatória quando estas empreguem pelo menos 250 trabalhadores (Real Decreto 337/2010).

À semelhança com o que acontece em Portugal, a modalidade de serviço interno deve contar com instalações, recursos humanos e materiais próprios para a implementação de medidas de prevenção em pelo menos três de entre quatro especialidades: segurança no trabalho, higiene industrial, ergonomia e medicina no trabalho (Real Decreto 337/2010).

A generalidade das empresas espanholas opta por contratar serviços externos relativamente à especialidade de medicina no trabalho, organizando internamente as restantes áreas (Maçorano, Tavares e Oliveira, 2010), isto porque ao acolher todas as áreas internamente exigiria um maior investimento de capital próprio (Benavides *et al.*, 2013).

No que diz respeito ao enfermeiro do trabalho, este faz parte da equipa multidisciplinar que constitui o Serviço de Prevenção, apresentando como principais funções: conceção, implementação e coordenação de planos e programas de ação preventiva; avaliação de fatores de risco; determinação de prioridades para medidas de prevenção e monitorização da sua eficácia; informação e formação aos trabalhadores; prestação de primeiros socorros e de emergência; e vigilância da saúde (Orden SAS/1348/2009). Ao nível da formação encontra-se aprovada a especialidade em enfermagem do trabalho com duração de dois anos (Orden SAS/1348/2009).

Concluindo, através do que foi apresentado face à realidade da saúde ocupacional na Finlândia, Brasil e Espanha existem semelhanças e diferenças comparativamente com a realidade portuguesa. Neste seguimento é natural

que os diversos países se encontrem em diferentes momentos de evolução no que diz respeito à saúde ocupacional.

Seguidamente será aprofundada a temática da enfermagem do trabalho face à realidade portuguesa.

2. ENFERMAGEM DO TRABALHO

Neste capítulo é dada ênfase à enfermagem do trabalho, ao enfermeiro do trabalho, passando pelas suas competências, legislação em vigor em Portugal e pelas implicações e contributos para a prática.

A enfermagem do trabalho, anteriormente designada enfermagem laboral, resulta de um processo evolutivo que começou nos finais do século XIX (Rogers, 1997).

Os primeiros enfermeiros na indústria prestavam cuidados de saúde à família e à comunidade, bem como cuidados de saúde laboral focados na prevenção e no tratamento de doenças e lesões relacionadas com o trabalho (Rogers, 1997).

O registo mais antigo que se conhece da enfermagem do trabalho data de 1878 e pertence à contratação da enfermeira Phillipa Flowerday pela empresa J. & J. Colman de Norwich, Inglaterra (Slaney, 1984 Cit. por Rogers, 1997), sendo que esta contratação tinha como objetivo auxiliar o médico no dispensário e fazer visitas domiciliárias aos trabalhadores doentes e às suas famílias (Godfrey, 1978 Cit. por Rogers, 1997).

Um outro registo é o da Enfermeira Ada Mayo Stewart que foi contratada pela empresa Vermont Marble Company em 1895 e que executava funções como visitar os trabalhadores doentes no domicílio, prestar cuidados de urgência, ensinar hábitos de higiene, ensinar às mães os cuidados a ter com os seus filhos e fazer palestras sobre saúde e higiene para crianças nas escolas (Rogers, 1997).

No início do século XX, os serviços de saúde aos trabalhadores cresceram rapidamente, o que demonstrava o reconhecimento das empresas de que ao proporcionar cuidados de saúde organizados no local de trabalho aumentava a produtividade (Rogers, 2011). A mesma autora refere que a enfermagem do trabalho cresceu rapidamente durante a primeira metade do século XX. A ascensão da enfermagem do trabalho entre 1910 e 1920 deveu-se à legislação de compensação aos trabalhadores pela 1ª Guerra Mundial e pela máxima da prevenção de doenças contagiosas, particularmente a tuberculose (McGrath, 1945 Cit. por Rogers, 1997).

Ao nível da formação em enfermagem do trabalho, o primeiro curso especializado surgiu em Boston em 1917 na Universidade de Boston (Rogers, 1997).

Durante a Grande Depressão, com o crescimento industrial estagnado, sentiu-se uma menor necessidade de enfermeiros do trabalho, contudo, em 1940 durante a 2ª Guerra Mundial, os EUA apresentaram um crescimento da sua indústria, pelo que a procura por enfermeiros do trabalho subiu drasticamente (Rogers, 1997).

Em 1942 surgiu a primeira organização de enfermagem, hoje conhecida como American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN) (Rogers, 2011).

Nos finais dos anos 40, os enfermeiros do trabalho continuavam a trabalhar isoladamente, sem uniformização dos métodos e com pouca formação disponível (Rogers, 1997). A mesma autora refere que em 1953 com a publicação da primeira edição do *Industrial Nurses Journal* procurou-se definir as funções do enfermeiro do trabalho, sendo que, para além disto, as recomendações presentes nesta edição apontavam para um maior enfoque das disciplinas da enfermagem do trabalho nos programas curriculares e incitava os empregadores a contratarem enfermeiros do trabalho qualificados.

A aprovação de várias leis já na década de 60 e 70 para proteger a saúde dos trabalhadores provocou novamente uma necessidade acrescida de enfermeiros do trabalho (Rogers, 2011).

Nos anos 70 é dada maior ênfase ao papel clínico do enfermeiro do trabalho e ao seu papel na equipa multidisciplinar, sendo que com a aprovação do *Occupational Safety and Health Act* em 1970 foi criada a Occupational Safety and Health Administration, mais relacionada com a proteção dos trabalhadores contra os perigos laborais, e o National Institute for Occupational Safety and Health, mais relacionado com a educação e investigação, promovendo o papel do enfermeiro do trabalho (Rogers, 2011).

Em 1977 a AAOHN alterou a denominação de enfermeiro laboral para enfermeiro do trabalho, de forma a refletir o seu vasto campo de atuação (Rogers, 1997).

Atualmente, para além da prestação de cuidados diretos, os enfermeiros do trabalho estão cada vez mais envolvidos ao nível da promoção da saúde, da investigação, da legislação, da gestão dos serviços de saúde no trabalho, bem como no âmbito da saúde ambiental e da criação de relações sustentáveis na comunidade no sentido de melhorar a saúde dos trabalhadores (Rogers, 2011). A enfermagem do trabalho pode ser definida como uma atividade orientada para as necessidades dos trabalhadores, incidindo sobre o trabalho e o ambiente de trabalho, tendo como objetivo mudar este último, em colaboração com os trabalhadores, no sentido de manter ou melhorar a saúde e segurança dos mesmos (WHO, 2001b). Desta forma, visa assegurar a saúde, a segurança, a capacidade de trabalho e o bem-estar da população trabalhadora, considerando não só o indivíduo, mas também o seu ambiente de trabalho (WHO, 2001b).

Segundo Oliveira e André (2010, p.115) *A enfermagem do trabalho tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante na área da Saúde Ocupacional.* De acordo com os mesmos autores, os trabalhadores, na sua prática profissional, encontram-se expostos a uma vasta gama de riscos profissionais que podem deteriorar o seu estado de saúde, fazendo com que a sua prevenção seja uma prioridade. Neste sentido, a enfermagem do trabalho assume um papel fundamental, pois está fortemente direcionada para a promoção da saúde e os enfermeiros do trabalho são quem melhor poderá

identificar as necessidades dos trabalhadores, uma vez que são quem tem maior proximidade com os mesmos (Oliveira e André, 2010).

Durante a atividade profissional estão presentes vários riscos ocupacionais, os quais deverão ser identificados pelos enfermeiros do trabalho. Assim sendo, Rogers (2011) refere que existem riscos biológicos, químicos, mecânico-ambientais, físicos e psicossociais.

Os riscos biológicos estão associados a organismos vivos que podem causar doenças em seres humanos, como bactérias, vírus, fungos ou parasitas (Rogers, 2011), transmitindo-se através de infeções cruzadas, contacto com sangue e outros fluídos corporais infetados, manipulação de amostras patológicas e deficiência de higiene e limpeza, ou ainda, devido à falta ou inadequação de programas de saúde ocupacional com foco na biossegurança (Bulhões, 1998).

Nos riscos químicos existem vários produtos potencialmente tóxicos ou irritantes para o organismo, como medicamentos, soluções, gases, vapores, aerossóis e partículas, sendo que nalguns locais de trabalho a exposição a uma dose diária baixa, apesar de estar abaixo dos padrões de exposição, pode exercer na mesma um efeito potencialmente crónico e cumulativo na saúde dos trabalhadores (Rogers, 2011). É também importante ter em atenção que as exposições ocupacionais envolvem várias substâncias, simultâneas ou sucessivamente, pelo que os efeitos poderão estar associados à interação entre as substâncias (Bulhões, 1998).

Para Rogers (2011) os riscos mecânico-ambientais podem provocar lesões ou doenças nos locais de trabalho, estando relacionados com o processo ou com as condições de trabalho, como aquando da realização repetida de determinada tarefa, presença de piso escorregadio, equipamentos pouco seguros, entre outros. Por sua vez, os riscos físicos produzem efeitos adversos na saúde através da transferência de energia física, como radiação, eletricidade, temperaturas extremas e ruído (Rogers, 2011).

Os riscos psicossociais resultam da interação entre fatores psicológicos e sociais relacionados com o trabalho, como o seu contexto social e ambiental,

e que apresentam um potencial para causar dano psicológico, social ou mesmo físico, devido ao *stress* causado (Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho e UE, 2012).

Existem alguns estudos que procuraram analisar o que os enfermeiros do trabalho percecionam nesses riscos, como é caso do estudo de Rodrigues, Silva, Silva, Martiniano, Silva e Martins (2012) que investigaram a compreensão de enfermeiros de Unidades de Saúde da Família em Paraíba relativamente aos riscos ocupacionais a que se encontravam expostos, sendo os riscos referidos: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos e de acidentes. O estudo realizado por Costa e Felli (2005) procurou identificar a exposição às cargas químicas percebidas pelos enfermeiros de um hospital público universitário da cidade de São Paulo e evidenciar os problemas de saúde percebidos por esses trabalhadores na interação com essas cargas. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros detetaram 145 substâncias químicas e que os problemas de saúde relacionados com a pele foram os que tiveram maior frequência (Costa e Felli, 2005).

2.1 O Enfermeiro do Trabalho

Na saúde ocupacional os profissionais de saúde ganham especial relevo, uma vez que apresentam um papel decisivo na prevenção dos acidentes e doenças profissionais e na promoção da saúde dos trabalhadores (Oliveira e André, 2010). Segundo os mesmos autores, compreende-se, então, que os enfermeiros apresentam um contacto mais próximo e direto com os trabalhadores, pelo que se encontram numa posição privilegiada para exercer o seu papel ao nível da educação para a saúde, higiene e segurança destes.

Contudo, em Portugal, o papel do enfermeiro não se encontra totalmente explicitado e clarificado pela legislação, uma vez que esta não regulamenta efetivamente as competências e as funções deste último, o que cria uma

lacuna ao nível do potencial do mesmo, pois não está a ser devidamente aproveitado (Antunes, 2009).

Mesmo ao nível da formação do enfermeiro do trabalho, a Lei n.º 7/95 foi a última a legislar esta vertente, sendo que a mesma só voltou a ser legislada em junho de 2014, pelo que a DGS (2013) tem vindo a referir que é essencial reforçar a formação em saúde ocupacional dos profissionais de saúde pública que suporte a atuação profissional ao nível das intervenções.

Para Santos e Almeida (2012), esta situação leva a que a saúde ocupacional em Portugal nem sempre se caracterize por um elevado nível de profissionalismo, conhecimentos, empenho ou ética, fazendo com que muitos dos que a executam não tenham as aptidões, a formação e os conhecimentos mínimos necessários. Para estes autores, muitas vezes, a ação dos enfermeiros em empresas prestadoras de serviços externos passa apenas pela execução de punções venosas e outros exames auxiliares de diagnóstico, pelo que sem um programa organizado de saúde ocupacional, os custos indiretos poderão ser cerca de cinco vezes superiores aos diretos, o que nem sempre é compreendido pelas empresas. Atualmente verifica-se que muitos empregadores acabam por ver a legislação apenas como uma obrigatoriedade legal, não considerando as vantagens adjacentes à saúde ocupacional (DGS, 2013).

É possível constatar que o papel do enfermeiro nas empresas depende da legislação, da perspetiva dos empregadores, da iniciativa do próprio profissional, mas, fundamentalmente, da valorização atribuída à enfermagem do trabalho pelas organizações (Oliveira e André, 2010).

Segundo a OE (2013), o papel do enfermeiro do trabalho não se resume apenas à consulta de enfermagem nem à colheita de produtos biológicos e realização de exames complementares, mas também à definição de estratégias de promoção e proteção da saúde e bem-estar e prevenção da doença, sendo o acompanhamento personalizado uma mais-valia para o trabalhador e instituição. Assim, tem-se vindo a dar cada vez mais relevância ao papel do enfermeiro do trabalho. De acordo com a WHO (2001a), este

encontra-se na linha da frente na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores. Desta forma, a WHO (2001b) procurou definir quais os papéis a desenvolver pelo enfermeiro do trabalho, sendo eles:

- Clínico - funções ao nível da prevenção primária de lesões e doenças, cuidados de emergência a trabalhadores feridos antes da transferência dos mesmos para serviços especializados, efetuar tratamentos quando aplicável, elaboração do diagnóstico de enfermagem e do respetivo plano de cuidados individual ou para grupos, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem, e capacidade para aplicar a prática baseada na evidência.
- Especialista - o enfermeiro pode envolver-se no desenvolvimento da política de saúde no local de trabalho e nas estratégias de promoção de saúde e gestão da saúde ambiental. Para além disto, o enfermeiro poderá desempenhar um papel importante na avaliação da capacidade para o trabalho, avaliações de saúde periódicas, vigilância dos fatores de risco e avaliação dos resultados. O enfermeiro também poderá contribuir para ajudar a gerir o absentismo de forma eficaz; contribuir na elaboração de um programa de reabilitação; desenvolver estratégias para manter ou restaurar a capacidade para o trabalho; dar informação sobre vigilância da saúde, comunicação de riscos, monitorização e sobre a avaliação de estratégias de controlo; realizar relatórios sobre as tendências de faltas devido a doenças, estatísticas de acidentes, avaliação das necessidades em promoção da saúde e da prestação de serviços e da efetividade das intervenções da saúde ocupacional; e aplicar a prática baseada na evidência.
- Gestor - o enfermeiro do trabalho poderá gerir toda a equipa multidisciplinar de saúde ocupacional, os enfermeiros do trabalho ou programas específicos. Também poderá ser o responsável por gerir o orçamento do departamento e poderá estar envolvido na realização de acordos para a prestação de serviços. Para além disto, tem que garantir e estar envolvido na qualidade da prestação de serviços,

auditorias e iniciativas de melhoria da mesma e tem a obrigação de atualizar os seus conhecimentos e habilidades.

- Coordenador - poderá coordenar todos os profissionais envolvidos na equipa de saúde ocupacional.
- Consultor - pode ser solicitado como consultor para o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde no local de trabalho.
- Educador - funções na educação para a saúde como aspeto integral da promoção da saúde, avaliando as necessidades em promoção da saúde, priorizando e desenvolvendo intervenções adequadas.
- Conselheiro - muitas vezes o enfermeiro poderá ser o único profissional de saúde presente durante grande parte do tempo na empresa, pelo que poderá ter que ajudar trabalhadores a lidar com a saúde mental e com o *stress* relacionado com o trabalho.
- Investigador - necessita de competências de investigação para adotar uma prática baseada na evidência, realizar estudos, avaliar as necessidades individuais e organizacionais, tratar os dados, interpretar os resultados e planear intervenções.

Em Portugal, de maneira a colmatar a falta de legislação referente às competências do enfermeiro do trabalho, a DGS (2010b) atribui a este as atividades que deverá realizar, como: participar na definição de políticas de saúde da empresa; colaborar no planeamento e avaliação dos programas de saúde; participar na vigilância e na avaliação da saúde dos trabalhadores juntamente com o médico do trabalho; prestar cuidados de enfermagem no local de trabalho, nomeadamente na prestação de primeiros socorros, administração de medicação prescrita e no encaminhamento dos casos urgentes para unidades de saúde; colaborar com outros profissionais na identificação de riscos profissionais e acompanhar os planos de intervenção para reduzir a exposição ou limitar os danos profissionais; formar e informar ao nível da saúde dos trabalhadores; desenvolver e avaliar programas de promoção de saúde relacionados com o trabalho e outros programas gerais de saúde na empresa.

Para a avaliação da eficácia da prática da enfermagem do trabalho é necessária a existência de indicadores de atividade, pelo que seguidamente se apresentam alguns exemplos de indicadores sugeridos por Brasileiro (OE, 2010a):

- Redução do absentismo;
- Redução do número de acidentes de trabalho e da sua gravidade;
- Melhor readaptação ao local de trabalho;
- Melhor promoção do regime terapêutico;
- Redução dos riscos psicossociais;
- Melhor definição dos focos de atenção e, conseqüentemente, dos diagnósticos de enfermagem e dos respetivos indicadores;
- Menor exposição aos riscos;
- Aumentos dos comportamentos de saúde;
- Redução dos conflitos de trabalho e sua gravidade.

Relativamente à formação do enfermeiro do trabalho, algo que importa mencionar é que anteriormente à Lei n.º 102/2009, a Lei n.º 7/95, artigo 23.º, considerava que o enfermeiro do trabalho era o enfermeiro com o curso superior especializado em enfermagem de saúde pública com formação específica no domínio de saúde no trabalho. Contudo, esta situação deixou de ser considerada pela legislação até junho de 2014, não havendo qualquer indicação face à formação que o enfermeiro do trabalho deveria apresentar. Segundo Brasileiro, até 2014 a formação destes enfermeiros era distinta, uma vez que existiam desde profissionais com o curso de base efetuado há muitos anos e com conhecimentos adquiridos através da experiência profissional e da frequência de ações de formação mais específicas na área da saúde ocupacional, até, mais atualmente, enfermeiros com formação mais específica, nomeadamente com o curso de especialização em enfermagem comunitária com a opção de saúde no trabalho (OE, 2010a).

Neste intervalo, para colmatar estas necessidades, a DGS (2010a) procurou indicar qual a formação do enfermeiro do trabalho, referindo que a equipa multidisciplinar deveria ser composta por um enfermeiro do trabalho com formação em saúde pública ou comunitária. A DGS (2010b) definiu, ainda,

que enquanto se aguardava pela legislação acerca do conteúdo curricular na formação do enfermeiro do trabalho, seria importante valorizar o estatuto dos enfermeiros que se encontravam nas empresas com funções no âmbito da enfermagem do trabalho e as formações frequentadas pelos enfermeiros no âmbito da saúde ocupacional (DGS, 2010b). Assim, até à publicação de legislação específica de enfermagem do trabalho, foi definido que deviam considerar-se enfermeiros do trabalho todos aqueles que desenvolviam a atividade em serviço de saúde do trabalho ou saúde ocupacional há mais de um ano, comprovado por relatório que evidenciasse a sua intervenção, e os que possuíam formação em saúde ocupacional superior a 120 horas (em unidade mínimas de 30 horas comprovadas com avaliação) (DGS, 2010b).

Neste seguimento surgiram os objetivos específicos estipulados pelo Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2º Ciclo - 2013/2017 com vista a este período de tempo, procurando-se definir, em articulação com a Ordem dos Enfermeiros, qual a formação e/ou experiência que os enfermeiros deverão apresentar para iniciarem ou continuarem a exercer enfermagem na área da saúde ocupacional e elaborar um diploma legal que regule o exercício profissional da enfermagem do trabalho (DGS, 2013).

De maneira a responder ao que foi estipulado pela Lei n.º 102/2009 que afirma que as atividades a desenvolver pelo enfermeiro do trabalho são objeto de legislação especial, e tendo por base os objetivos delineados no Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2º Ciclo - 2013/2017, no dia 3 de junho de 2014 foi publicada pela DGS a Orientação número 009/2014 com o assunto Autorização para o Exercício de Enfermagem do Trabalho, na qual são definidos os critérios e os procedimentos necessários para o reconhecimento da habilitação e para a autorização transitória para o exercício de enfermagem do trabalho, passando-se a explicar.

Considera-se enfermeiro do trabalho o enfermeiro detentor das competências reconhecidas e certificadas pela Ordem dos Enfermeiros em Enfermagem do Trabalho/Saúde Ocupacional, conforme regulamento a aprovar pela Ordem dos Enfermeiros (DGS, 2014b, p.2). Sendo que será necessário aguardar pela publicação deste regulamento.

Assim, poderão candidatar-se à autorização e registo de enfermeiros habilitados a exercerem enfermagem do trabalho os enfermeiros que cumpram pelo menos um dos seguintes critérios (DGS, 2014b):

- a) Enfermeiro Especialista detentor do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública com a vertente de Saúde Ocupacional, com exercício em serviços de saúde ocupacional, em entidades públicas ou privadas, por um tempo igual ou superior a um ano;
- b) Enfermeiro Especialista detentor do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade com a vertente Saúde Ocupacional, com exercício em serviços de saúde ocupacional, em entidades públicas ou privadas, por um tempo igual ou superior a um ano;
- c) Enfermeiro Especialista detentor do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, com exercício em serviços de saúde ocupacional, em entidades públicas ou privadas, por um tempo igual ou superior a dois anos;
- d) Enfermeiro detentor do Curso de Mestrado em Saúde Pública ou Saúde Ocupacional, com exercício em serviços de saúde ocupacional, em entidades públicas ou privadas, por um tempo igual ou superior a dois anos;
- e) Enfermeiro que exerça ou tenha exercido atividade em serviços de saúde ocupacional, em entidades públicas ou privadas, por um tempo igual ou superior a quatro anos, e que possua pelo menos 120 horas de formação em matéria de saúde, higiene e segurança do trabalho/saúde ocupacional.

Perante uma comprovada insuficiência de enfermeiros qualificados nos termos definidos anteriormente, o organismo competente do Ministério da Saúde responsável pela área da saúde do trabalho, DGS, poderá autorizar outros enfermeiros a exercer funções de enfermagem do trabalho (DGS, 2014b). Desta forma, podem requerer à DGS a autorização transitória para o exercício em saúde do trabalho os enfermeiros que reúnam os seguintes critérios (DGS, 2014b):

- a) Licenciatura em Enfermagem;

b) Inscrição válida na Ordem dos Enfermeiros.

Estas autorizações transitórias conferem o direito do exercício de enfermagem do trabalho em serviços internos, comuns ou externos, por um período máximo de cinco anos a contar da respetiva autorização, sendo que até ao fim do prazo deverá ser apresentada na DGS prova de obtenção do título de enfermeiro do trabalho, de acordo com a definição supracitada de enfermeiro do trabalho, sob pena de lhes ser vetada a continuação do exercício das referidas funções (DGS, 2014b).

É possível verificar que se estão a desenvolver esforços no sentido de regular o exercício profissional inerentes ao enfermeiro do trabalho, principalmente ao nível da formação, sendo definidas as qualificações necessárias para os enfermeiros poderem candidatar-se à autorização e registo de enfermeiros habilitados a exercerem enfermagem do trabalho. Aguarda-se a regulamentação proveniente da OE, visto que como é referido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 3.º n.º2, republicado pela Lei n.º 111/2009, artigo 3.º, são funções desta definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros e regulamentar o exercício da profissão, independentemente do contexto.

No sentido de dar conhecimento da legislação que se encontra em vigor face ao enfermeiro do trabalho, identifica-se a Lei n.º 59/2008, Divisão III, artigo 161.º, relativamente aos serviços públicos, que refere que a vigilância da saúde é da responsabilidade do médico do trabalho e do enfermeiro do trabalho em serviços com mais de 200 trabalhadores. Também o artigo 104.º da Lei n.º 3/2014 estipula que o enfermeiro do trabalho deve coadjuvar o médico do trabalho em empresas com mais de 250 trabalhadores, referindo que este deverá ser um profissional com experiência adequada. Esta situação é igualmente aplicável a empresas com serviços externos ou comuns de saúde do trabalho com mais de 250 trabalhadores, devendo, portanto, ter ao seu serviço um enfermeiro do trabalho (DGS, 2010b).

No que diz respeito ao número de horas, a DGS (2010b) preconiza que o enfermeiro do trabalho deverá exercer durante um número de horas que não

seja inferior ao número de horas a exercer pelo médico do trabalho, assim: em estabelecimentos industriais ou de outra natureza com risco elevado deve contabilizar pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 10 trabalhadores ou fração; nos restantes estabelecimentos deve contabilizar uma hora por mês por cada grupo de 20 trabalhadores ou fração.

Importa referir que inerente a esta realidade, independentemente do que se encontra legislado, a função dos profissionais de saúde ocupacional não pode deixar de estar subjacente a princípios éticos que norteiam o *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*, pelo que a saúde no trabalho procura a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, devendo ser realizada com base nos mais elevados padrões profissionais e princípios éticos (International Commission on Occupational Health (ICOH), 2012). Assim, os profissionais têm como deveres, proteger a vida e a saúde do trabalhador, respeitando a dignidade humana; e apresentar integridade, imparcialidade, confidencialidade dos dados e respeitar a privacidade dos trabalhadores (ICOH, 2012). Para além disto, os profissionais de saúde ocupacional são profissionais especializados, pelo que devem ser independentes no exercício das suas funções, devem adquirir e manter a competência profissional necessária, exigindo condições que os permitam executar as suas tarefas (ICOH, 2012).

2.2 Implicações e Contributos para a Prática

De acordo com a DGS (2013) é indispensável uma maior intervenção dos Serviços de Saúde Pública ao nível da saúde ocupacional, uma vez que, como refere Rogers (2011), a saúde no trabalho é um fator importante para a maior parte dos trabalhadores, visto que muitas pessoas passam grande parte do tempo a trabalhar, fazendo com que o local de trabalho tenha uma influência significativa na saúde, devendo este ser um local para a promoção da saúde e prevenção da doença.

De uma forma sucinta, a saúde ocupacional procura promover a saúde e a segurança dos trabalhadores, garantindo ambientes de trabalho e trabalhadores saudáveis (DGS, 2013), sendo que associada a esta encontra-se a enfermagem do trabalho que, por sua vez, procura aplicar os princípios e procedimentos de enfermagem com o intuito de promover, conservar e restaurar a saúde dos trabalhadores nos seus locais de trabalho, contribuindo para o seu bem-estar e desempenho profissional, através do desenvolvimento de estratégias de saúde e segurança no trabalho (Antunes, 2009). Desta forma, o enfermeiro do trabalho acaba por contribuir positivamente para a produtividade e para o desenvolvimento sustentável das empresas (DGS, 2013), diminuindo os custos em saúde (ILO, 2011), pelo que o seu papel se revela fundamental, pois as suas ações têm um impacto positivo na saúde dos trabalhadores e, consequentemente nas empresas, demonstrando ganhos em saúde mensuráveis (Antunes, 2009).

Antunes (2009) no seu estudo procura demonstrar o impacto positivo da ação do enfermeiro do trabalho, uma vez que um dos propósitos foi perceber como é que a ação do enfermeiro do trabalho pode contribuir e beneficiar uma determinada empresa. Neste estudo, o autor identificou as necessidades existentes e conseguiu concluir que de acordo com as competências atribuídas ao enfermeiro do trabalho, este apresenta todas as condições para conseguir dar resposta de forma autónoma e interdependente às necessidades identificadas, o que seria uma mais-valia para a empresa, visto que seria possível diminuir os custos associados através da diminuição da interrupção do tempo laboral para prestação de cuidados no exterior, diminuição do absentismo, o facto de ser um profissional capaz de ir ao encontro das reais necessidades dos trabalhadores, e o facto de ser mais económico intervir antecipadamente do que por consequência, aumentando a satisfação profissional.

Oliveira e André (2010) constataam, também, que a enfermagem do trabalho dá um contributo fundamental na melhoria da competitividade e rentabilidade das empresas e, por conseguinte, das comunidades. Os ganhos concretos evitam muitos custos desnecessários, seja ao nível económico,

como a nível pessoal, e promovem, consequentemente, a produtividade. No entanto, estes aspetos nem sempre são tidos em consideração pelos empregadores.

Atualmente, os empregadores procuram ter o maior rendimento possível dos seus trabalhadores, mas para isso é necessário que invistam na saúde ocupacional de forma a proporcionar segurança e confiança, e é aqui que a intervenção do enfermeiro do trabalho é fundamental, pois este encontra-se capacitado para dar resposta às necessidades existentes (Oliveira e André, 2010).

A DGS (2013) apresenta como uma das ações previstas, valorizar as carreiras e competências dos profissionais da saúde do trabalho e continuar na elaboração de referenciais que promovam a melhoria contínua do exercício profissional e da atividade dos serviços de saúde ocupacional. Destaca-se, então, a importância de promover o desenvolvimento da enfermagem do trabalho, sendo que, para isso, é essencial conhecer quais as perceções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional para poder perceber qual o caminho a seguir e quais as estratégias a adotar no futuro, revelando-se essencial promover a máxima qualidade da saúde ocupacional para poder efetivamente promover uma intervenção eficaz por parte do enfermeiro do trabalho, beneficiando, como já mencionado, não só os trabalhadores, como empresas e comunidades.

Sendo os trabalhadores uma parte integral da comunidade, faz sentido o estudo desta temática por parte da enfermagem comunitária, visto que esta apresenta-se como um potencial interveniente da saúde ocupacional, devido à complexidade da mesma e, consequentemente, à exigência da participação de uma equipa multidisciplinar (DGS, 2013), tal como refere a OE (2010b) particularmente dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública. É da responsabilidade do enfermeiro de saúde comunitária avaliar as necessidades de determinada comunidade, planeando as suas ações de forma a responder a essas mesmas necessidades (Oliveira e André, 2010), pelo que para desenvolver projetos de intervenção que procurem a promoção do desenvolvimento e melhoria da saúde ocupacional

e da enfermagem do trabalho torna-se relevante estudar este fenómeno. Segundo Cunha, os trabalhadores, apesar de apresentarem especificidades próprias, são um grupo comunitário, sendo necessário efetuar o planeamento em saúde para este, algo que caracteriza a enfermagem comunitária (OE, 2013).

De acordo com a DGS (2013) a real situação nacional face à investigação em saúde ocupacional é desconhecida, pelo que se reconhece a necessidade de serem identificadas as áreas prioritárias nacionais de investigação em saúde do trabalho. Ainda segundo a mesma, a cultura de investigação em saúde do trabalho deverá ser fortalecida, devendo, também, identificar e divulgar projetos/estudos de investigação com pertinência em saúde ocupacional desenvolvidos a nível nacional. A nível europeu a DGS (2013) teve por base a Agência Europeia de Segurança e Saúde do Trabalho que produziu um relatório em 2005 que identificou as futuras necessidades em investigação de Saúde e Segurança do Trabalho, identificando como uma das áreas temáticas a Gestão da Saúde e Segurança do Trabalho, evidenciando, portanto, a necessidade de investigação da presente temática.

3. METODOLOGIA

A metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação (Fortin, 2009, p.19). Assim, a metodologia corresponde à definição dos meios a utilizar para a realização da investigação, uma vez que é no decurso desta que o investigador determina a sua forma de proceder para conseguir obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2009).

A presente investigação tem como finalidade contribuir para uma maior visibilidade dos serviços de saúde ocupacional, pelo que neste capítulo se apresenta o percurso metodológico do estudo que integra as seguintes etapas: questões de investigação e objetivos do estudo, tipo de estudo, participantes, técnica de recolha de informação, procedimentos e considerações éticas, e estratégia de análise e tratamento dos dados.

3.1 Questões de Investigação e Objetivos do Estudo

As questões de investigação são perguntas específicas às quais o investigador pretende responder para solucionar o problema, sendo que estas orientam para o tipo de dados que será recolhido (Polit e Beck, 2011).

Assim sendo, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- O que entendem os enfermeiros por saúde ocupacional?

- Quais as áreas de intervenção da saúde ocupacional referidas pelos enfermeiros?
- O que entendem os enfermeiros sobre a organização dos serviços de saúde ocupacional?
- Qual o funcionamento do serviço de saúde ocupacional onde os enfermeiros estão inseridos?
- Quais as áreas de formação académica prioritárias em saúde ocupacional referidas pelos enfermeiros?
- Quais as estratégias prioritárias de dinamização do serviço de saúde ocupacional sugeridas pelos enfermeiros?
- O que entendem os enfermeiros pelo papel do enfermeiro do trabalho?
- Quais as estratégias prioritárias para a visibilidade do enfermeiro de trabalho sugeridas pelos enfermeiros?
- O que referem os enfermeiros sobre a relação entre a teoria e a aplicabilidade prática do serviço de saúde ocupacional?
- Quais as expectativas futuras dos enfermeiros face à saúde ocupacional e ao papel do enfermeiro do trabalho?

Através das questões de investigação torna-se possível estipular os objetivos específicos, visto que os objetivos determinam a maneira como o investigador obterá respostas às questões de investigação (Fortin, 2009). Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos:

- Descrever o que entendem os enfermeiros por saúde ocupacional;
- Descrever quais as áreas de intervenção da saúde ocupacional referidas pelos enfermeiros;
- Descrever o que entendem os enfermeiros sobre a organização dos serviços de saúde ocupacional;
- Descrever o funcionamento do serviço de saúde ocupacional onde os enfermeiros estão inseridos;
- Identificar as áreas de formação académica prioritárias em saúde ocupacional referidas pelos enfermeiros;
- Identificar as estratégias prioritárias de dinamização do serviço de saúde ocupacional sugeridas pelos enfermeiros;

- Descrever o que entendem os enfermeiros pelo papel do enfermeiro do trabalho;
- Identificar as estratégias prioritárias para a visibilidade do enfermeiro de trabalho sugeridas pelos enfermeiros;
- Descrever o que referem os enfermeiros sobre a relação entre a teoria e a aplicabilidade prática do serviço de saúde ocupacional;
- Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros face à saúde ocupacional e ao papel do enfermeiro do trabalho.

3.2 Tipo de Estudo

Tendo em conta a problemática presente, optou-se por um estudo integrado no paradigma qualitativo, pois este permite compreender a realidade social na qual se insere a ação (Fortin, 2009). O conceito de paradigma caracteriza-se por uma visão do mundo, por uma perspetiva geral no que diz respeito às complexidades do mundo real (Polit e Beck, 2011).

O estudo é do tipo exploratório-descritivo, uma vez que procura identificar e descrever as características de um fenómeno tal como ocorre, de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou população, e, mais do que descrever o fenómeno, procuram-se os fatores relacionados com o mesmo (Polit & Beck, 2011). Quanto ao seguimento é um estudo transversal, pois a colheita dos dados decorre num único momento (Fortin, 2009), neste caso entre o mês de janeiro e fevereiro de 2014.

3.3 Participantes

Os participantes são enfermeiros, tendo sido efetuada uma seleção dos mesmos recorrendo a uma amostragem não probabilística, designada amostra “em bola de neve”, na qual os participantes recrutados inicialmente

sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outros indivíduos que lhes pareçam apropriados para participar no estudo (Fortin, 2009).

Como critérios de inclusão foi definida a participação livre no estudo e um mínimo de três anos de experiência profissional, no sentido de possibilitar o contacto, a maturidade e a formulação de conceções face à área da saúde ocupacional.

No total participaram 12 enfermeiros, sendo que este número foi condicionado pela saturação da informação. A caracterização sociodemográfica e profissional dos mesmos apresenta-se no Quadro 1:

Quadro 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Variáveis Sociodemográficas e Profissionais		N=12	%
Sexo	Feminino	11	91,7
	Masculino	1	8,3
Idade	25-34 anos	5	41,7
	35-44 anos	2	16,7
	45-54 anos	5	41,7
Formação Académica	Licenciatura	3	25,0
	Especialização	5	41,7
	Mestrado	4	33,3
Categoria Profissional	Enfermeiro	9	75,0
	Enfermeiro Graduado	1	8,3
	Enfermeiro-Chefe	1	8,3
	Enfermeiro-Supervisor	1	8,3
Contexto da Prática	Hospital	8	66,7
	Cuidados de Saúde Primários USF	4	33,3
Tempo de Serviço na Profissão	5-14 anos	7	58,3
	15-24 anos	1	8,3
	25-34 anos	4	33,3
Tempo de Serviço na Instituição	3-12 anos	8	66,7
	13-22 anos	1	8,3
	23-32 anos	3	25,0
Tempo de Serviço no Serviço Atual	<1 ano	1	8,3
	1-5 anos	6	50,0
	6-10 anos	3	23,0
	11-15 anos	2	16,7

Continua

Formação em Saúde Ocupacional	Sim	10	83,3
	Não	2	16,7
Na Instituição onde exerce existe serviço de Saúde Ocupacional	Sim	11	91,7
	Não	1	8,3
Já recorreu ao serviço de Saúde Ocupacional	Sim	11	91,7
	Não	0	0,0
De forma Programada ou não Programada	Programada	9	81,8
	Não Programada	0	0,0
	Programada e Não Programada	2	18,2

De acordo com os dados do Quadro 1 constata-se que 11 (91,7%) participantes são do sexo feminino e um (8,3%) do sexo masculino. A média de idades dos participantes é de 38,9 anos sendo que a mínima é de 29 anos e a máxima de 51 anos. A maior parte dos participantes insere-se nas faixas etárias dos 25-34 anos e dos 45-54 anos.

Relativamente à formação académica, cinco (41,7%) referiram ter especialização, quatro (33,3%) mestrado e três (25,0%) licenciatura.

No que diz respeito à categoria profissional, nove (75,0%) inserem-se na categoria enfermeiro, um (8,3%) na de enfermeiro graduado, um (8,3%) na de enfermeiro-chefe e um (8,3%) na de enfermeiro-supervisor. O contexto da prática dos participantes é maioritariamente hospitalar contabilizando oito (66,7%) participantes e quatro (33,3%) inserem-se no contexto dos cuidados de saúde primários - Unidade de Saúde Familiar (USF).

O tempo médio de serviço na profissão é de 16,2 anos, sendo que este intervalo de tempo se encontra entre seis anos e 29 anos. O período entre cinco e 14 anos é o que contabiliza maior número de participantes. O tempo médio de serviço na instituição é de 12,6 anos, com um intervalo entre três anos e 29 anos, sendo o período entre três e 12 anos o mais referenciado. O tempo médio de serviço no serviço atual é de 5,4 anos, sendo o mínimo de 0,9 anos e o máximo de 12 anos. O período entre um e cinco anos é o mais frequente entre os participantes.

Relativamente à formação no âmbito da saúde ocupacional, 10 (83,3%) participantes referiram ter formação, mais especificamente, um (10,0%)

referiu ter tido em formações extracurriculares, cinco (50,0%) na Especialização e quatro (40,0%) no Mestrado. Apenas dois (16,7%) referiram não ter qualquer tipo de formação em saúde ocupacional.

No que diz respeito à existência de serviços de saúde ocupacional nas instituições onde exercem, 11 (91,7%) participantes referiram existir um serviço na sua instituição e um (8,3%) referiu não existir. Constata-se ainda que 11 participantes (91,7%) referiram que já recorreram ao serviço de saúde ocupacional, sendo que nove (81,8%) referiram que foi de forma programada e dois (18,2%) de forma programada e não programada. O único participante que não recorreu ao serviço foi o mesmo que referiu não existir um serviço de saúde ocupacional na sua instituição.

3.4 Técnica de Recolha de Informação

A técnica de recolha de informação selecionada foi a entrevista, uma vez que esta é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas, e foi do tipo semiestruturada, visto que esta é utilizada quando se pretende compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes e quando se pretende obter mais informação sobre um tema (Fortin, 2009).

Como forma de orientação foi elaborado um guião da entrevista (Anexo I) que englobou os seguintes blocos temáticos:

- Legitimação da Entrevista;
- Caracterização Sociodemográfica e Profissional do Participante;
- Perceções sobre a Saúde Ocupacional (as questões incluídas neste bloco encontram-se no Anexo I).

3.5 Procedimentos e Considerações Éticas

No que diz respeito aos procedimentos foi efetuada uma aplicação prévia da entrevista a dois enfermeiros, com o intuito de verificar a clareza e a pertinência das questões formuladas (Fortin, 2009), sendo que não houve necessidade de efetuar alterações e, portanto, os mesmos integraram o estudo. Posteriormente, as entrevistas foram agendadas (data, local e hora) mediante a disponibilidade de cada participante, sendo a investigadora a ir ao encontro dos mesmos. As entrevistas tiveram uma duração média de 17 minutos e realizaram-se em local calmo e privado. O registo das mesmas foi efetuado através de gravação áudio, sendo posteriormente transcritas para texto em computador. Os registos áudios serão destruídos após conclusão do estudo.

A confidencialidade das respostas foi garantida através da atribuição de códigos às entrevistas, pelo que cada entrevista foi identificada pela codificação “E” seguida de um número entre um e 12.

Relativamente às considerações éticas, estas devem ser tidas em consideração em qualquer disciplina que envolva investigação com seres humanos, nomeadamente a investigação em enfermagem (Polit e Beck, 2011). Neste sentido, qualquer que seja a natureza do estudo, o investigador tem que respeitar e fazer respeitar os princípios éticos inerentes à investigação (Fortin, 2009). Na investigação qualitativa é necessário ter em atenção determinadas questões éticas, particularmente no que concerne à confidencialidade e à privacidade, visto que este tipo de investigação caracteriza-se por efetuar a colheita dos dados através da interação direta com os participantes no seu meio, procurando as suas experiências pessoais e os significados atribuídos (Fortin, 2009).

Desta forma, os participantes foram previamente contactados, pessoalmente ou por telefone, para esclarecer sobre o objetivo do estudo, os benefícios e riscos associados, sobre a forma de seleção dos participantes e para obtenção do consentimento informado (Norwood, 2000 Cit. por Fortin, 2009). Mais

especificamente, de acordo com Nunes (2013), o consentimento informado deverá ser obtido por escrito após a explicação destes componentes, aspeto que foi tido em consideração (Anexo II).

3.6 Estratégia de Análise e Tratamento dos Dados

A estratégia de análise selecionada foi a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009). Esta caracteriza-se por ser um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de análise dos produtos comunicativos que permite inferir conhecimentos relativos às condições de produção/receção das mensagens (Bardin, 2009).

De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo constitui-se por três etapas: a pré-análise, na qual é efetuada uma leitura geral da informação, isto é, a leitura “flutuante”, a qual consiste em contactar com os documentos e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, selecionando-se posteriormente os documentos que serão analisados, formulando-se as hipóteses e os objetivos e elaborando-se os indicadores que fundamentam a interpretação final (Bardin, 2009). Outra etapa é a exploração do material, a qual se caracteriza pela aplicação sistemática das decisões tomadas na etapa anterior, consistindo essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração (Bardin, 2009). Por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação consiste em tratar os dados de forma a que estes se tornem significativos e válidos, podendo, posteriormente, propor inferências e interpretações (Bardin, 2009).

Revela-se pertinente explorar um pouco mais a temática da codificação, correspondendo esta a uma transformação dos dados que permite a representação do conteúdo (Bardin, 2009). A codificação engloba, assim, a escolha das unidades, a enumeração e a escolha das categorias (Bardin, 2009).

A escolha das unidades de registo (que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial) deve responder de forma pertinente face aos objetivos (Bardin, 2009). Por sua vez, a enumeração corresponde à contabilização das unidades de registo (Bardin, 2009).

No que diz respeito à categorização foi tido em consideração o critério semântico para a construção das categorias e subcategorias, pelo que se procedeu a uma categorização temática das mesmas. A categorização pode ser efetuada por dois processos inversos, ou as categorias são fornecidas e os elementos são repartidos à medida que são encontrados, ou as categorias surgem da classificação analógica e progressiva dos elementos (Bardin, 2009). Neste estudo as categorias tiveram por base uma seleção *à priori*.

Existem algumas qualidades que devem estar presentes aquando da categorização, tais como: a exclusão mútua, ou seja, cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão; a homogeneidade, isto é, um único princípio de classificação deve governar a sua organização; a pertinência, sendo pertinente quando uma categoria está adaptada ao material de análise e quando pertence ao quadro teórico definido; a objetividade e a fidelidade, pelo que as diferentes partes de um mesmo material ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira; e a produtividade, quando um conjunto de categorias fornece resultados férteis (Bardin, 2009).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Neste capítulo procede-se à apresentação, análise e discussão da informação. Cada subcapítulo corresponde a uma categoria que será desenvolvida separadamente, sendo apresentados quadros dos quais fazem parte as subcategorias, as unidades de registo e as unidades de enumeração (UE), estas colocadas por ordem decrescente. As categorias identificadas no estudo foram: *Conceito de Saúde Ocupacional*, *Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional*, *Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional*, *Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional onde o Enfermeiro está Inserido*, *Áreas de Formação Prioritárias em Saúde Ocupacional*, *Estratégias de Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional* e *A Prática da Saúde Ocupacional*.

4.1 Conceito de Saúde Ocupacional

O conceito de saúde ocupacional surge como o pilar para a compreensão da realidade em torno desta temática. No sentido de identificar as perceções dos enfermeiros sobre o conceito da saúde ocupacional, apresenta-se a categoria *Conceito de Saúde Ocupacional*, da qual emergiram duas subcategorias: *Âmbito de Atuação* e *Organização e Funcionamento* (Quadro 2).

Quadro 2 - Conceito de Saúde Ocupacional

Subcategoria	Unidades de Registo	UE
Âmbito de Atuação	<p>“(…) um serviço onde tu pudesses recorrer sempre que tivesses um problema de acordo com a tua atividade (…)”(E₁)</p> <p>“(…) promoção da saúde dos profissionais em contexto de trabalho.”(E₂)</p> <p>“(…) melhorar-mos a nossa saúde, pronto, dos profissionais (…)”(E₃)</p> <p>“(…) era todo o tipo de intervenções que na minha instituição me pudessem (…) prevenir ou (…) tratar (…) algum problema de saúde (…)”(E₄)</p> <p>“(…) a saúde ocupacional (…) tem como objetivo (…) a promoção da saúde (…) e a (…) recuperação da saúde (…). A prevenção da doença.”(E₅)</p> <p>“(…) a saúde ocupacional (…) não vai só ver a saúde física do trabalhador, mas a saúde no seu todo, psicossocial. (…) deveria intervir mais no sentido mais de prevenção e (…).”(E₆)</p> <p>“(…) promovam diversas atividades no âmbito da (…) prevenção de acidentes, (…) de doenças adquiridas em serviço (…)”(E₇)</p> <p>“(…) um serviço de apoio a (…) todos os profissionais na instituição, não só quando estão doentes, mas também em termos de assegurar a qualidade do (…) serviço enquanto exerce a (…) profissão.”(E₉)</p> <p>“(…) deve ser uma grande área de prevenção, quer dos acidentes de serviço (…) adaptações ao serviço, (…) o primeiro serviço (…) que ia receber o trabalhador ou o funcionário é a saúde ocupacional. (…) acompanhamento (…)”(E₁₀)</p>	9/12
Organização e Funcionamento	<p>“(…) mas é tudo que (…) está relacionado com o funcionário, com o posto de trabalho que ocupa, com a formação que tem para aquele posto de trabalho (…)”(E₈)</p> <p>“(…) a saúde ocupacional deve trabalhar para e com os trabalhadores e a administração. Ser um elo de ligação (…)”(E₁₁)</p> <p>“(…) é um ramo da saúde que deve ser exatamente constituída por uma equipa multidisciplinar em que os enfermeiros devem estar também incluídos (…)”(E₁₂)</p>	3/12

Âmbito de Atuação

Referências efetuadas por nove enfermeiros levaram à identificação do *Âmbito de Atuação* como uma das subcategorias inerentes ao conceito de saúde ocupacional. Para os participantes, a saúde ocupacional engloba ações ao nível da prevenção e da promoção da saúde dos trabalhadores: “(…) era todo o tipo de intervenções que na minha instituição me pudessem (…)

prevenir ou (...) tratar (...) algum problema de saúde (...)”(E4); “(...) a saúde ocupacional (...) tem como objetivo (...) a promoção da saúde (...) e a (...) recuperação da saúde (...). A prevenção da doença.”(E5). As percepções dos participantes são corroboradas pela definição dada pela DGS (2013), a qual refere que a saúde ocupacional é uma atividade preventiva com vista à identificação, avaliação e controlo dos riscos relacionados com o local de trabalho e à vigilância e promoção da saúde no mesmo, procurando garantir ambientes de trabalho e trabalhadores saudáveis. Desta forma, a saúde ocupacional procura evitar ou minimizar a exposição profissional a fatores de risco capazes de comprometer a saúde do trabalhador, assegurar uma alta qualidade de vida no trabalho e permitir alcançar níveis elevados de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores (DGS, 2013).

De igual modo, emerge uma vertente de apoio por parte do serviço de saúde ocupacional, ao qual se pode recorrer sempre que necessário: “(...) um serviço de apoio a (...) todos os profissionais na instituição, não só quando estão doentes, mas também em termos de assegurar a qualidade do (...) serviço enquanto exerce a (...) profissão.”(E9); “(...) deve ser uma grande área de prevenção, quer dos acidentes de serviço (...) adaptações ao serviço, (...) o primeiro serviço (...) que ia receber o trabalhador ou o funcionário é a saúde ocupacional. (...) acompanhamento (...)”(E10). Relativamente ao apoio e acompanhamento, estes poderão ser corroborados pela literatura quando a Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B, identifica a informação e a resposta aos acidentes de trabalho como atividades de apoio do serviço de saúde ocupacional. Só com a possibilidade de apoio e acompanhamento por parte do serviço de saúde ocupacional poderá ser possível alcançar níveis elevados de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social, como afirma a DGS (2013) na definição do conceito de saúde ocupacional.

Organização e Funcionamento

Esta subcategoria emergiu através do relato de três enfermeiros, sendo que uma das vertentes presentes teve por base a definição no trabalhador e no

seu meio de trabalho: “(...) mas é tudo que (...) está relacionado com o funcionário, com o posto de trabalho que ocupa, com a formação que tem para aquele posto de trabalho (...)”(E₈). Esta percepção é corroborada pela definição de saúde ocupacional da DGS (2013), uma vez que, como a própria refere, a saúde ocupacional foca-se nos trabalhadores e no meio de trabalho envolvente.

Também surgiu o seguinte relato: “(...) a saúde ocupacional deve trabalhar para e com os trabalhadores e a administração. Ser um elo de ligação (...)”(E₁₁). Trabalhar para e com os trabalhadores e a administração é corroborada pela OMS (2010) que defende que ambientes de trabalho saudáveis são aqueles nos quais os trabalhadores e gestores colaboram num processo de melhoria contínua do ambiente de trabalho e da segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Identifica-se, ainda: “(...) é um ramo da saúde que deve ser exatamente constituída por uma equipa multidisciplinar em que os enfermeiros devem estar também incluídos (...)”(E₁₂). A presença de uma equipa multidisciplinar é corroborada pela DGS (2010a) que preconiza a existência de uma equipa de saúde ocupacional, referindo que esta deverá ser constituída por elementos de várias áreas, nomeadamente da área da enfermagem.

4.2 Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional

A saúde ocupacional tem vindo a evoluir gradualmente de uma atividade monodisciplinar e orientada para o risco para uma abordagem multidisciplinar e compreensiva que tem em consideração o bem-estar físico, mental e social do trabalhador, a saúde geral e o desenvolvimento pessoal de cada um, pelo que tem vindo a apresentar várias áreas de intervenção (WHO, 2001a).

Nesta categoria *Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional* identificaram-se três subcategorias: *Prevenção dos Riscos Profissionais*, *Proteção e Promoção da Saúde* e *Tratamento* (Quadro 3).

Quadro 3 - Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional

Subcategoria	Unidades de Registo	UE
Prevenção dos Riscos Profissionais	<p>“(…) preventivo (…)”(E₂)</p> <p>“(…) intervenção primária, acho fundamental as consultas programadas com análises gerais (…)”(E₄)</p> <p>“(…) saber quais são os riscos a que estão sujeitos (….) minimizar esses riscos (…)”(E₅)</p> <p>“(…) prevenção (…)”(E₆)</p> <p>“(…) prevenções periódicas (…)”(E₇)</p> <p>“(…) dar formação aos funcionários (….) ver se o posto de trabalho tem as condições de higiene, de segurança (….) ver se os meios são adequados (…)”(E₈)</p> <p>“(…) em termos de rastreio, em termos (….) de criar um conjunto de medidas preventivas de determinados acidentes (….)”(E₉)</p> <p>“A prevenção (…)”(E₁₀)</p> <p>“(…) prevenção da doença (…)”(E₁₁)</p> <p>“(…) detetar precocemente quais são os riscos de cada (….) profissão e atuar de forma a (….) prevenir esses mesmos riscos (…)”(E₁₂)</p>	10/12
Proteção e Promoção da Saúde	<p>“(…) lesar pela saúde (….) tanto física como psíquica do trabalhador. (….) promover um bom ambiente de (….) trabalho.”(E₁)</p> <p>“(…) promoção da saúde (…)”(E₂)</p> <p>“(…) algumas atividades em equipa para melhorar o espírito, gerir conflitos, gerir <i>stress</i> (…)”(E₃)</p> <p>“(…) a intervenção principal (….) é (….) a nível da promoção...”(E₅)</p> <p>“(…) promoção da saúde (…)”(E₆)</p> <p>“(…) as situações psicológicas, o cansaço, o <i>stress</i>, uma série de coisas que eu acho que a saúde ocupacional deveria ter aí um papel de intervenção muito grande (…)”(E₁₀)</p> <p>“(…) promoção da saúde (…)”(E₁₁)</p>	7/12
Tratamento	<p>“(…) curativo (…)”(E₂)</p> <p>“(…) tratamento da doença (…)”(E₁₁)</p>	2/12

Prevenção dos Riscos Profissionais

10 participantes referiram como uma das áreas de intervenção da saúde ocupacional a prevenção: “A prevenção (…)”(E₁₀); “(…) prevenção da doença (…)”(E₁₁). Alguns enfermeiros exploram o conceito de prevenção: “(…)

intervenção primária, acho fundamental as consultas programadas com análises gerais (...)”(E₄); “(...) saber quais são os riscos a que estão sujeitos (...) minimizar esses riscos (...)”(E₅); “(...) dar formação aos funcionários (...) ver se o posto de trabalho tem as condições de higiene, de segurança (...) ver se os meios são adequados (...)”(E₈); “(...) em termos de rastreio, em termos (...) de criar um conjunto de medidas preventivas de determinados acidentes (...)”(E₉). Os relatos dos participantes vão ao encontro da definição elaborada pela WHO (1998), que afirma que a prevenção da doença inclui atividades que evitam a ocorrência de doenças, como a redução dos fatores de risco, e a progressão das mesmas, e que reduzam as suas consequências quando estas já se encontram instaladas. Desta forma, a prevenção poderá ser primária, no sentido de prevenir o surgimento da doença, secundária e terciária, com o propósito de parar ou atrasar a doença existente ou, ainda, diminuir a ocorrência de recaídas (WHO, 1998).

A WHO (2001a) corrobora esta vertente da prevenção ao estipular como um dos objetivos da saúde ocupacional a prevenção e controlo de acidentes e doenças profissionais e a eliminação dos fatores de risco. Por sua vez, a Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B, assinala todas as atividades de prevenção mencionadas pelos participantes. Contudo, de acordo com o mesmo artigo, no que diz respeito às atividades que se inserem ao nível da prevenção dos riscos profissionais existem ainda outras atividades, como o supervisionamento da validade e conservação dos equipamentos e instalações, a análise das causas de acidentes e de doenças profissionais, entre outras.

Como exemplo de um estudo sobre riscos profissionais, Spagnol, Santiago, Campos, Badaró, Vieira e Silveira (2010) procuraram analisar como o enfermeiro lida com os conflitos no ambiente organizacional, concluindo que alguns participantes identificaram os seguintes tipos de conflito: intrapessoal, interpessoal e intergrupar; alguns considerando que o enfermeiro está preparado para lidar e gerir os conflitos, e outros o contrário.

Proteção e Promoção da Saúde

De acordo com a definição de promoção da saúde da WHO (2009), esta caracteriza-se pela capacitação das pessoas para aumentar o seu controlo sobre e para melhorar a sua saúde. Esta vertente emergiu do discurso dos participantes: “(...) promoção da saúde (...)”(E₂); “(...) promoção da saúde (...)”(E₆). A perceção dos participantes face à proteção e promoção da saúde é comprovada pela WHO (2001a) quando afirma que a saúde ocupacional visa proteger e promover a saúde e a segurança dos trabalhadores. Similarmente a Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B, corrobora esta situação, uma vez que refere que as principais atividades do serviço de saúde ocupacional também estão relacionadas com a promoção da segurança e da saúde dos trabalhadores.

Encontraram-se, ainda, os seguintes relatos: “(...) lesar pela saúde (...) tanto física como psíquica do trabalhador. (...) promover um bom ambiente de (...) trabalho.”(E₁); “(...) algumas atividades em equipa para melhorar o espírito, gerir conflitos, gerir stress (...)”(E₃); “(...) as situações psicológicas, o cansaço, o stress, uma série de coisas que eu acho que a saúde ocupacional deveria ter aí um papel de intervenção muito grande (...)”(E₁₀). O discurso dos participantes remete para algo mais do que a vertente física da promoção da saúde, sendo esta situação prevista pela WHO (2009) na sua definição do conceito de promoção da saúde, quando afirma que o indivíduo deverá ser capaz de satisfazer as suas necessidades e adaptar-se ao meio envolvente com vista a atingir um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Também a DGS (2013) refere que devem ser considerados outros aspetos que influenciam a atividade de trabalho, destacando as questões de saúde mental frequentemente relacionadas com o absentismo, desemprego, precaridade, incapacidade prolongada, níveis de desempenho e produtividade reduzidos, pouca motivação e elevada rotatividade dos trabalhadores.

Gomes, Santos e Carolino (2013) procuraram identificar as fontes de *stress* e estratégias de *coping* em enfermeiros que exerciam funções em três serviços de oncologia de cirurgia cabeça e pescoço de três hospitais centrais de Portugal, concluindo que os stressores mais referidos foram sobrecarga de trabalho, baixa remuneração salarial, espaço físico, situações

emocionalmente perturbadoras e falta de reconhecimento da profissão; e as estratégias de *coping* mais utilizadas foram planeamento, *coping* ativo, aceitação e auto distração, pelo que se verificou uma percentagem expressiva de enfermeiros com níveis elevados de pressão e emoções negativas.

Tratamento

Esta subcategoria emergiu da referência feita por dois participantes, sendo que as unidades de registo remetem para uma vertente curativa da saúde ocupacional: “(...) curativo (...)”(E₂); “(...) tratamento da doença (...)”(E₁₁). A WHO (2001a) apresenta como um dos objetivos da saúde ocupacional a promoção da manutenção da capacidade de trabalho, corroborando a vertente curativa acima identificada. Esta situação também é assinalada pela Lei n.º 3/2014, artigo 75.º, quando indica que deverá existir uma estrutura que assegure as atividades de primeiros socorros.

4.3 Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional

A WHO (2007) refere que a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde ocupacional devem ser melhoradas, nomeadamente pela determinação de padrões para a organização dos serviços de saúde ocupacional.

Na categoria *Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional*, inerente à organização dos serviços existentes nos locais de trabalho onde os enfermeiros exercem a sua atividade, emergiram três subcategorias: *Recursos Humanos*, *Funções do Serviço* e *Recursos Físicos* (Quadro 4).

Quadro 4 - Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional

Subcategoria	Unidades de Registo	UE
Recursos Humanos	<p>“(…) é composto por um médico, uma enfermeira e assistentes administrativos (…)”(E₁)</p> <p>“(…) um administrativo, um enfermeiro e (…) um médico (…)”(E₄)</p> <p>“(…) existe um médico e enfermeiros (…)”(E₅)</p> <p>“(…) constituído por um médico e por um enfermeiro (…)”(E₆)</p> <p>“(…) dois médicos, dois enfermeiros e dois administrativos.”(E₇)</p> <p>“A equipe são dois médicos, dois enfermeiros, tem administrativas e depois terão auxiliares (…)”(E₈)</p> <p>“(…) médico (…) e dois enfermeiros (…)”(E₉)</p> <p>“Mas assim na saúde ocupacional são dois médicos, dois enfermeiros e penso que dois administrativos.”(E₁₀)</p> <p>“São dois enfermeiros, duas administrativas e penso que dois médicos.”(E₁₁)</p> <p>“(…) A equipa é constituída por (…) dois médicos e por uma enfermeira, a enfermeira está lá a tempo inteiro e os médicos estão lá em tempo parcial.”(E₁₂)</p>	10/12
Funções do Serviço	<p>“(…) se tu fizeres participações de risco, têm o cuidado de virem ao serviço ver o que é que se passou.”(E₁)</p> <p>“(…) é uma consulta (…), acaba por ser mais um <i>check-up</i> de saúde (…)”(E₃)</p> <p>“Eles tão no gabinete e só se vai lá, quer dizer, (…) podemos ir lá se tivermos algum problema (…)”(E₅)</p> <p>“(…) vão chamando para as vigilâncias periódicas (…)”(E₆)</p> <p>“(…) exames de rotina, somos presentes depois a uma consulta de rotina para avaliação (…). (…) qualquer acidente que exista há (…) boletins que são preenchidos nos serviços (…) e (…) esses processos são despoletados depois a partir dos serviços (…)”(E₇)</p> <p>“(…) a equipe de lá da saúde ocupacional já veio aqui visitar as instituições (…)”(E₈)</p> <p>“A saúde ocupacional penso que se interliga muito com a CCI que é (…) a Comissão de Controle de Infecção e depois articula com os chefes no sentido de vacinar as pessoas e (…) marcar as consultas (…)”(E₁₁)</p> <p>“(…) as consultas são programadas (…). (…) fazem exames complementares de diagnóstico (…). Quando surge algum problema de saúde decorrente da nossa profissão (…) também (…) somos convocados para a saúde ocupacional (…)”(E₁₂)</p>	8/12
Recursos Físicos	<p>“(…) há um serviço físico da saúde ocupacional (…)”(E₁)</p> <p>“(…) tem um espaço físico próprio (…)”(E₄)</p> <p>“Espaço físico (…)”(E₅)</p> <p>“Tem um espaço físico que não está no (…) local de trabalho (…). (…) tem um gabinete de saúde ocupacional (…)”(E₆)</p>	6/12

Continua

	“(...) não está cá fisicamente no edifício (...)”(E ₇) “O espaço físico, existe um gabinete de enfermagem e um gabinete médico (...) numa das alas do hospital (...)”(E ₁₂)	
--	--	--

Recursos Humanos

Os recursos humanos foram relatados por 10 participantes. Cinco enfermeiros referem que a equipa de saúde ocupacional é constituída por enfermeiros, médicos e administrativos: “(...) um administrativo, um enfermeiro e (...) um médico (...)”(E₄). Quatro enfermeiros referem que a equipa é constituída por enfermeiros e médicos: “(...) A equipa é constituída por (...) dois médicos e por uma enfermeira, a enfermeira está lá a tempo inteiro e os médicos estão lá em tempo parcial.”(E₁₂). Um enfermeiro refere que a equipa é constituída por enfermeiros, médicos, administrativos e auxiliares: “A equipe são dois médicos, dois enfermeiros, tem administrativas e depois terão auxiliares (...)”(E₈). A informação presente no discurso dos participantes relativamente à constituição da equipa de saúde ocupacional é corroborada pela Lei n.º 3/2014, artigo 104.º, que afirma que nas empresas com mais de 250 trabalhadores, a equipa deverá ser constituída por um médico do trabalho e por um enfermeiro do trabalho. Já para a Lei n.º 59/2008, Divisão III, artigo 161.º, face aos serviços públicos, a equipa deverá ser constituída por um médico do trabalho, e nos serviços com mais de 200 trabalhadores, por um médico e por um enfermeiro do trabalho. Como exemplo prático, na ULSM a equipa de saúde ocupacional é constituída por dois médicos, um enfermeiro e uma administrativa (ULSM, 2010).

Contudo, para além dos elementos referidos pelos participantes, existem autores que referenciam outros elementos que deveriam fazer parte da equipa de saúde ocupacional. Tal como indica a DGS (2010a) a equipa de saúde ocupacional deverá ser constituída por um enfermeiro do trabalho, médico do trabalho, técnico superior de higiene e segurança/técnico de saúde ambiental ou outro com CAP, assistente técnico (administrativo), e, se possível ainda, um ergonomista, psicólogo do trabalho ou das organizações, ou outros. Também Rogers (2011) refere que os serviços de saúde ocupacional deveriam ser idealmente constituídos por uma equipa

cujos membros essenciais seriam o enfermeiro do trabalho, o médico do trabalho, o técnico de higiene do trabalho e o técnico de segurança.

Funções do Serviço

Outra subcategoria identificada por oito participantes é referente às funções do serviço de saúde ocupacional: “(...) é uma consulta (...), acaba por ser mais um check-up de saúde (...)”(E₃); “(...) vão chamando para as vigilâncias periódicas (...)”(E₆); “(...) as consultas são programadas (...). (...) fazem exames complementares de diagnóstico (...). Quando surge algum problema de saúde decorrente da nossa profissão (...) também (...) somos convocados para a saúde ocupacional (...)”(E₁₂). As funções que surgiram do discurso dos participantes como as consultas, a realização de exames complementares de diagnóstico e a resposta a acidentes ou doenças profissionais são responsabilidade dos serviços de saúde ocupacional, estando presentes na Lei n.º 3/2014. No entanto, a mesma Lei identifica mais funções do que as mencionadas pelos enfermeiros, como por exemplo a avaliação dos riscos e das respetivas medidas de prevenção com a elaboração de relatórios e de planos de prevenção, colaboração na manutenção dos equipamentos de trabalho, formação e promoção da segurança e saúde no trabalho, e elaboração das participações em caso de acidente de trabalho. Também a DGS (2014a) refere que uma boa gestão de um serviço de saúde ocupacional deverá utilizar o Ciclo de *Deming* que tem como principais etapas: Planear, Executar, Verificar e Atuar/Avaliar, preconizando a elaboração de um Programa de Ação do Serviço de Saúde Ocupacional, como uma das funções do serviço de saúde ocupacional.

Recursos Físicos

É mencionada no discurso dos participantes a existência de um espaço físico para o serviço de saúde ocupacional nas suas instituições, sendo que este espaço poderá não se encontrar no mesmo edifício onde os enfermeiros exercem a sua atividade: “(...) tem um espaço físico próprio (...)”(E₄). Também surgiram os seguintes relatos: “Tem um espaço físico que não está

no (...) local de trabalho (...). (...) tem um gabinete de saúde ocupacional (...)”(E₆); “O espaço físico, existe um gabinete de enfermagem e um gabinete médico (...) numa das alas do hospital (...)”(E₁₂). A DGS (2014a) preconiza que as instalações do serviço de saúde ocupacional deverão ter no mínimo as seguintes divisões: dois gabinetes (médico e de enfermagem), devendo ser acrescentados mais dois gabinetes por cada 1500 trabalhadores; sala de trabalho para o técnico de segurança do trabalho, acrescentando mais uma por cada 1500 trabalhadores; sala de trabalho para administrativo(s); sala de espera; vestiário para profissionais; e instalações sanitárias.

4.4 Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional onde o Enfermeiro está Inserido

De uma forma geral, os serviços de saúde ocupacional devem garantir intervenções essenciais e serviços básicos no que diz respeito à prevenção primária de lesões e doenças profissionais (WHO, 2007). Estes serviços devem, ainda, intervir na proteção e promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores (DGS, 2013).

Da categoria *Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional onde o Enfermeiro está Inserido* emergiram três subcategorias apresentadas no Quadro 5: *Consultas, Atividades de Formação e Visitas aos Locais de Trabalho*.

Quadro 5 - Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional onde o Enfermeiro está Inserido

Subcategoria	Unidades de Registo	UE
Consultas	<p>“(…) basicamente exame físico. Peso, altura, boletim de vacinas...”(E₃)</p> <p>“(…) consultas programadas (...). Uma coisa muito simples, são análises gerais e... mesmo só exames complementares de diagnóstico só mesmo se necessário.”(E₄)</p> <p>“(…) geralmente recorre-se à saúde ocupacional quando (...) alguém ou tem um acidente de serviço, quando (...) alguém com uma doença contagiosa e (...) há um caso e temos que fazer o rastreio (...).”(E₅)</p> <p>“Fazem exames de rastreio, basicamente é isso. É análises, raio-x... mais nada.”(E₆)</p> <p>“(…) eles tiveram o cuidado de fazer pelo menos uma consulta a todos os profissionais (...)”(E₉)</p> <p>“Eu penso que é sob o ponto de vista preventivo, porque vamos fazer as consultas de rotina.”(E₁₀)</p> <p>“Vacina (...) e fazem os exames de rotina (...) obrigatórios por lei. (...) em termos de consulta.”(E₁₁)</p> <p>“A intervenção é só mesmo de diagnóstico e diagnóstico de (...) qualquer doença, só (...) são realizados exames complementares de diagnóstico e é sempre verificada a atualização (...) do boletim de vacinas. Só com a consulta.”(E₁₂)</p> <p>“(…) basicamente eles têm várias campanhas de prevenção, mais de acidentes de trabalho, lesões musculoesqueléticas (...) tentam, também, promover o bem-estar (...). (...) a nível (...) das doenças eles também fazem o rastreio (...)”(E₁)</p> <p>“(…) na prevenção (...) de alguns problemas (...) em contexto de trabalho que nos possa acontecer (...)”(E₇)</p> <p>“(…) fazem prevenção (...)”(E₈)</p>	11/12
Atividades de Formação	“(…) fazem formação (...)”(E ₈)	1/12
Visitas aos Locais de Trabalho	“Fazem visitas aos serviços para verem o que é que há e que se pode melhorar (...)”(E ₈)	1/12

Consultas

Esta subcategoria surgiu a partir de 11 unidades de registo. Os discursos principais relativamente às consultas dos serviços de saúde ocupacional são: “(…) basicamente exame físico. Peso, altura, boletim de vacinas...”(E₃); “(…) consultas programadas (...). Uma coisa muito simples, são análises gerais e... mesmo só exames complementares de diagnóstico só mesmo se necessário.”(E₄); “(…) geralmente recorre-se à saúde ocupacional quando

(...) alguém ou tem um acidente de serviço, quando (...) alguém com uma doença contagiosa e (...) há um caso e temos que fazer o rastreio (...).”(E5). Estas referências efetuadas pelos participantes remetem para o conceito de vigilância de saúde que, segundo a DGS (2013), permite a avaliação do estado de saúde, a deteção precoce de sinais e sintomas de doenças e a sua relação com a exposição profissional do trabalhador, visando prevenir doenças profissionais, controlar acidentes de trabalho e minimizar os danos por estes provocados.

Segundo a Lei n.º 3/2014, os serviços de saúde ocupacional têm como responsabilidade a vigilância da saúde, mas também outras atividades como prestar os primeiros socorros, elaborar participações em caso de acidente de trabalho, elaborar planos e programas, coordenar auditorias ou inspeções, dar formação e promover a saúde e segurança no trabalho.

Para além da vigilância da saúde, surgiu uma referência à realização de campanhas de prevenção e de promoção do bem-estar: “(...) basicamente eles têm várias campanhas de prevenção, mais de acidentes de trabalho, lesões musculoesqueléticas (...) tentam, também, promover o bem-estar (...). (...) a nível (...) das doenças eles também fazem o rastreio (...)”(E1). No que diz respeito à prevenção e promoção a Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B, preconiza a elaboração de planos de prevenção e a WHO (2001a) preconiza a promoção do bem-estar como um objetivo da saúde ocupacional.

A DGS (2013) apresenta os dados do Gabinete de Estratégia e Planeamento face a algumas atividades levadas a cabo por empresas/estabelecimentos, sendo que no ano 2009 de um total de 529863 empresas/estabelecimentos que fizeram parte das estatísticas: 31710 empresas/estabelecimentos realizaram consultas; 129504 efetuaram exames periódicos; 78952 realizaram exames ocasionais; 100681 realizaram exames complementares de saúde; e 9018 realizaram imunizações.

Atividades de Formação

A formação como uma função do serviço de saúde ocupacional emergiu no discurso: “(...) fazem formação (...)”(E₈). A Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B, e a DGS (2013) preconizam a formação como uma das atuações dos serviços de saúde ocupacional. Relativamente às atividades de formação, 27892 empresas/estabelecimentos realizaram atividades a este nível (DGS, 2013).

Como exemplo surge o serviço de saúde ocupacional do CHP que apresenta em vigor, desde 2004, o Programa de Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o Trabalho (LMERT) que procura sensibilizar todos os seus profissionais para estas ocorrências e para os seus riscos, uma vez que dados de 2012 apontavam para um aumento acentuado de acidentes de trabalho causados por esforços excessivos ou movimentos inadequados, sendo que cerca de 43% dos dias de ausência estava relacionado com esforços excessivos (CHP, 2013a). Este serviço tem procurado combater esta problemática através da divulgação, visitas aos locais de trabalho com elaboração de relatório de recomendações, ajudas técnicas, cartazes, auditorias, correção do local de trabalho do ponto de vista ergonómico, formação, entre outros (CHP, 2013a). Os resultados têm sido positivos, visto que o total de acidentes de trabalho por esforço excessivo desceu de 51 em 2012 para 35 em 2013 e o total de dias perdidos desceu de 752 em 2012 para 312 em 2013 (CHP, 2013b).

Visitas aos Locais de Trabalho

Esta subcategoria foi mencionada por um participante, sendo que este remete as visitas aos locais de trabalho para a identificação das necessidades por parte do serviço de saúde ocupacional: “Fazem visitas aos serviços para verem o que é que há e que se pode melhorar (...)”(E₈). Ações como a avaliação dos riscos e das respetivas medidas de prevenção com a elaboração de relatórios e de planos de prevenção e o supervisionamento do aprovisionamento ao nível da validade e da conservação dos equipamentos e das instalações (Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B) são atuações que, por si só,

necessitam de uma visita aos locais de trabalho para efetivamente poderem ser realizadas.

4.5 Áreas de Formação Prioritárias em Saúde Ocupacional

A educação é o principal fator responsável pela evolução das sociedades na procura pelo desenvolvimento e bem-estar humano e social, que leva ao crescimento, inovação e à procura de soluções (Loureiro, 1985 Cit. por Arroteia, 2008).

Assim sendo, com o propósito de promover o desenvolvimento da saúde ocupacional torna-se relevante conhecer quais as áreas de formação académicas prioritárias em saúde ocupacional mencionadas pelos participantes.

Nesta categoria *Áreas de Formação Prioritárias em Saúde Ocupacional* identificaram-se quatro subcategorias: *Programas de Prevenção e Promoção de Saúde no Trabalho*, *Legislação*, *Conceção da Saúde Ocupacional* e *Comunicação* (Quadro 6).

Quadro 6 - Áreas de Formação Prioritárias em Saúde Ocupacional

Subcategoria	Unidades de Registo	EU
Programas de Prevenção e Promoção de Saúde no Trabalho	“(...) estratégias e programas na área da promoção da saúde e do bem-estar (...)”(E ₂) “(...) prevenção de doenças em contexto de trabalho (...)”(E ₇) “(...) como usarem os dispositivos (...), (...) em termos de ergonomia (...)”(E ₈) “Pelo menos alertar para as questões ambientais e de prática segura em todos os contextos (...)”(E ₉) “(...) área da prevenção (...)”(E ₁₀) “(...) a promoção da saúde e a prevenção da doença.”(E ₁₁) “Elaborar projetos e apresentar propostas para melhorar os serviços de saúde ocupacional nas instituições de saúde (...)”(E ₁₂)	7/12

Continua

Legislação	“(...) os direitos (...) a que as pessoas têm direito (...)”(E ₁) “(...) a nível de legislatura (...)”(E ₄) “(...) do que é que as organizações são obrigadas a dar resposta, do que é que... a própria organização se deve munir para dar resposta à saúde ocupacional (...)”(E ₆) “A legislação (...)”(E ₁₁) “(...) esclarecer que há legislação acerca da saúde ocupacional (...)”(E ₁₂)	5/12
Conceção da Saúde Ocupacional	“Se soubermos um bocadinho sobre a saúde ocupacional, eu acho que podemos ter (...) uma visão diferente do nosso trabalho.”(E ₁) “(...) um panorama geral da saúde ocupacional e o que ela é no seu (...) fundamento.”(E ₁₀) “(...) esclarecer o que é que é a saúde ocupacional (...) quais é que são as suas áreas de intervenção, quais são as competências de cada um dos elementos da equipa, se é que a equipa tem que ser constituída por diferentes profissionais de saúde (...)”(E ₁₂)	3/12
Comunicação	“(...) a parte psicológica é sempre importante trabalhar (...)”(E ₁) “(...) aprenderem estratégias (...) pra entrar em proximidade com os trabalhadores, (...) motivar (...) as pessoas (...)”(E ₅) “(...) área da psiquiatria e da (...) saúde mental (...)”(E ₁₀)	3/12

Programas de Prevenção e Promoção de Saúde no Trabalho

Esta subcategoria foi identificada por sete participantes que referenciaram como uma área de formação prioritária a elaboração de programas de promoção de saúde, a prevenção e a prática segura: “(...) estratégias e programas na área da promoção da saúde e do bem-estar (...)”(E₂); “(...) prevenção de doenças em contexto de trabalho (...)”(E₇); “Pelo menos alertar para as questões ambientais e de prática segura em todos os contextos (...)”(E₉). A WHO (2007) corrobora esta perceção quando afirma que é de prestar especial atenção à formação básica dos profissionais de saúde no que diz respeito às diversas temáticas da saúde ocupacional, tais como a promoção da saúde e prevenção e o tratamento de problemas de saúde dos trabalhadores, devendo esta ser uma prioridade especial nos cuidados de saúde primários. Já a Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FOHNEU) no currículo nuclear refere que deverão ser lecionados conteúdos relativamente à promoção da capacidade de trabalho e aos riscos profissionais (WHO, 2001b).

Um exemplo de um programa de promoção de saúde no trabalho é o programa alargado implementado pela Portugal Telecom, cujo objetivo é melhorar o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, através de várias campanhas de sensibilização passando pela promoção da atividade física e da boa nutrição, proteção do coração e redução da obesidade, prevenção dos riscos do tabagismo e da perda de memória, uma campanha permanente de prevenção do cancro da mama, e campanha sobre o *stress*, sendo estas iniciativas regulares complementadas com outras de âmbito excecional, como as relacionadas com a pandemia da gripe (European Telecommunications Network Operators Association (ETNO) e UNI Europa, 2009). Outro exemplo é o programa de promoção da saúde mental que foi implementado por uma empresa do Reino Unido, designado Mentalidade Positiva, revelando como resultados que 51% dos participantes apresentaram melhorias no seu bem-estar mental e 34% manifestaram que aprenderam algo de novo sobre a saúde mental, pelo que este programa ajudou a atenuar o impacto sobre os trabalhadores resultante de um contexto económico particularmente difícil (ETNO e UNI Europa, 2009).

Legislação

Esta subcategoria surgiu da referência feita por cinco participantes à necessidade de formação sobre a legislação referente à saúde ocupacional: “(...) esclarecer que há legislação acerca da saúde ocupacional (...)”(E₁₂). Como refere Rogers (2011) os enfermeiros estão cada vez mais envolvidos ao nível da promoção da saúde, da investigação, da legislação, da gestão dos serviços de saúde no trabalho, da saúde ambiental e da criação de relações sustentáveis na comunidade. Desta forma, fará sentido apresentar a legislação como uma temática na formação em saúde ocupacional, visto que os enfermeiros para realizarem a sua prática em conformidade e para poderem melhorar a mesma deverão saber o que a legislação preconiza. De igual modo, a FOHNEU afirma que a legislação deverá ser uma temática a abordar na educação dos enfermeiros do trabalho (WHO, 2001b).

Emergem, ainda, os direitos e deveres como uma área a ter em consideração:

“(...) os direitos (...) a que as pessoas têm direito (...)”(E₁); “(...) do que é que as organizações são obrigadas a dar resposta, do que é que... a própria organização se deve munir para dar resposta à saúde ocupacional (...)”(E₆). Esta temática é referenciada pelos códigos deontológicos das diferentes classes profissionais, nomeadamente pelo código deontológico do enfermeiro que preconiza os deveres dos enfermeiros e os direitos dos utentes (OE, 2009).

Conceção da Saúde Ocupacional

Esta subcategoria foi identificada por três participantes que apresentam as bases do saber em saúde ocupacional como uma área de formação a considerar: “(...) esclarecer o que é que é a saúde ocupacional (...) quais é que são as suas áreas de intervenção, quais são as competências de cada um dos elementos da equipa, se é que a equipa tem que ser constituída por diferentes profissionais de saúde (...)”(E₁₂). As bases da saúde ocupacional como as definições dos conceitos, as áreas de intervenção e os intervenientes são um aspeto fundamental a ter em consideração, pois só assim se poderá avançar para temáticas mais aprofundadas. A própria FOHNEU preconiza como área de formação os fundamentos da saúde ocupacional (WHO, 2001b). Desta forma, quando uma das áreas de formação é a saúde ocupacional, os conhecimentos base encontram-se inseridos nos conteúdos a lecionar, como acontece com o Mestrado em Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Universidade de Coimbra, 2014) e com o Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) (ESEP, 2014).

Comunicação

Três participantes identificaram esta categoria, uma vez que referiram áreas para as quais é necessária a aquisição de conhecimentos e competências em comunicação: “(...) a parte psicológica é sempre importante trabalhar (...)”(E₁); “(...) aprenderem estratégias (...) pra entrar em proximidade com os trabalhadores, (...) motivar (...) as pessoas (...)”(E₅). Segundo o ICN (2011)

comunicação define-se como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”. Tal como refere Teixeira (2004) a qualidade da comunicação está relacionada com uma maior consciencialização dos riscos, motivação para a mudança de comportamentos, e comportamentos de adesão e de procura de cuidados, pelo que influencia o estado de saúde e a utilização dos serviços. Desta forma, melhorar a comunicação em saúde é um imperativo para os profissionais de saúde (Teixeira, 2004). Neste sentido, para que as intervenções da equipa de saúde ocupacional sejam mais eficazes, será pertinente a formação na área da comunicação. Já a FOHNEU refere que a enfermagem do trabalho tem por base uma comunicação e interação dinâmicas, devendo a comunicação fazer parte do currículo dos enfermeiros do trabalho (WHO, 2001b).

Para além destes componentes de formação mencionados pelos participantes, a ILO (2011) refere, também, que um tema que deverá ser abordado sobre a saúde ocupacional nos currículos escolares será a educação sobre os riscos profissionais, pois permitirá compreendê-los melhor e adotar atitudes positivas e preventivas face aos mesmos, reforçando, ainda, que os cursos de formação deverão focar a importância da saúde ocupacional, educando e consciencializando a população para a mesma.

Face à disciplina de Saúde Ocupacional lecionada no Mestrado em Enfermagem Comunitária pela ESEP, as temáticas abordadas têm por base conteúdos como a prevenção e promoção da saúde em contexto laboral; ergonomia, higiene e segurança no trabalho; avaliação e gestão do risco; patologia do trabalho; o papel dos profissionais de enfermagem na gestão da saúde no local de trabalho; legislação; e elaboração de programas de saúde ocupacional (ESEP, 2014). Outro exemplo é o Mestrado em Saúde Ocupacional lecionado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, cujo plano de estudos apresenta como conteúdos a epidemiologia; bioestatística; higiene ocupacional; organização e administração da saúde ocupacional; psicologia e ciências sociais do trabalho; legislação; patologia

e toxicologia do trabalho; clínica do trabalho; engenharia ambiental; ergonomia e fisiologia do trabalho; e segurança do trabalho (Universidade de Coimbra, 2014).

Como é possível verificar, apesar das temáticas lecionadas, os enfermeiros referiram várias necessidades de formação em saúde ocupacional, nomeadamente ao nível da comunicação que não foi identificada nos conteúdos acima descritos.

Segundo o MTSS e ACT (2008) a relevância das matérias de saúde ocupacional nos currículos escolares nos diferentes níveis de ensino é ainda pouco expressiva, o que permite a entrada no mercado de trabalho de profissionais que não dispõem de qualificações mínimas nos domínios da saúde e segurança no trabalho.

4.6 Estratégias de Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional

De acordo com ILO (2011), o espaço para a criação de uma cultura global de saúde e segurança preventiva ainda é vasto.

Apresenta-se no Quadro 7 a categoria *Estratégias de Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional*, da qual emergiram três subcategorias: *Intervenção do Serviço de Saúde Ocupacional*, *Campanhas de Divulgação de Informação/Formação* e *Regulamentação do Serviço de Saúde Ocupacional*.

Quadro 7 - Estratégias de Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional

Subcategoria	Unidades de Registo	UE
Intervenção do Serviço de Saúde Ocupacional	<p>“(…) através de ações visíveis, nem que sejam experimentais, são no sentido também de chamar a atenção para a importância de, e depois se calhar ver os (...) efeitos em termos posteriores se realmente modificou alguma coisa ou não (...)”(E₃)</p> <p>“(…) para fazer alguma intervenção tinha que se ver quais são (...) propriamente as necessidades (...). (...) com projetos (...)”(E₅)</p> <p>“(…) atuar mais na promoção da saúde (...)”(E₆)</p> <p>“(…) manuais (...) de boas práticas e manuais de acompanhamento dos profissionais (...). (...) em termos de procedimentos internos, haverem coisas que deveriam ser procedimentos adotados por todos (...)”(E₇)</p> <p>“Fazer estudos de trabalhos que provem (...) que com determinadas atuações se calhar conseguíamos... (...). Da visibilidade tem que ser através dos Conselhos de Administração que deem (...)”(E₁₀)</p> <p>“Acho que são os próprios enfermeiros que estão (...) a trabalhar na saúde ocupacional que (...) devem mostrar quem são através do trabalho (...)”(E₁₁)</p> <p>“(…) eu acho que as pessoas também têm (...) que estar no terreno (...) têm que aparecer mais (...)”(E₁)</p> <p>“(…) fazer-se notar, andar nos serviços, ver as práticas e onde poder atuar (...)”(E₉)</p> <p>“(…) ir junto das pessoas, é ter uma postura dinâmica junto de, para e com.”(E₁₁)</p>	9/12
Campanhas de Divulgação de Informação/ Formação	<p>“Eu acho que era necessário mais divulgação.”(E₁)</p> <p>“(…) eles também terem a responsabilidade de promover aquilo que fazem e aquilo que poderão vir a fazer para melhorar o bem-estar a nível do trabalho e promover, também, a saúde e a própria motivação para o trabalho.”(E₂)</p> <p>“(…) passar alguma informação sob a forma de ações de formação, informar (...)”(E₃)</p> <p>“(…) uma formação em escola também seria importante (...) . (...) a nível de instituição se (...) pudesse ter uma formação um bocadinho mais específica (...)”(E₄)</p> <p>“(…) formações dentro da instituição para os próprios trabalhadores, colaboradores e eles próprios fazerem uma espécie de campanhas ou de promoção de saúde (...)”(E₆)</p> <p>“(…) haver informação nos placards de que existe serviço de saúde ocupacional, (...) quando o funcionário entra para a instituição também deve ser (...) informado que existe o serviço e para o que é que serve (...)”(E₈)</p> <p>“É fazer os folhetos informativos (...)”(E₁₁)</p>	8/12

Continua

	“Certamente passaria (...) por alguma (...) campanha de sensibilização para alertar as pessoas para a importância da saúde ocupacional (...)”(E ₁₂)	
Regulamentação do Serviço de Saúde Ocupacional	“A criação a nível (...) dos ACES de (...) um grupo de trabalho, de um departamento de saúde ocupacional integrado (...)”(E ₂) “(...) aumentar (...) o número de enfermeiros do trabalho (...)”(E ₄) “Se calhar se tivesse legislado que eles deveriam fazer isso (...) eles faziam.”(E ₆) “(...) já há um grupo de trabalho na ordem dos enfermeiros ligado só à saúde ocupacional, que isso possibilita alguma visibilidade, algum trabalho de pessoas com alguma subespecialização nisso (...)”(E ₇) “Primeiro definir bem (...) o que é, qual é o papel da saúde ocupacional nas instituições (...)”(E ₉)	5/12

Intervenção do Serviço de Saúde Ocupacional

Sete participantes identificaram esta subcategoria, referindo que a divulgação poderá ser feita a partir da realização de atividades que já são da responsabilidade do próprio serviço de saúde ocupacional, ou seja, o facto de efetuar as suas responsabilidades já dará alguma visibilidade ao serviço: “(...) através de ações visíveis, nem que sejam experimentais, são no sentido também de chamar a atenção para a importância de, e depois se calhar ver os (...) efeitos em termos posteriores se realmente modificou alguma coisa ou não (...)”(E₃); “Acho que são os próprios enfermeiros que estão (...) a trabalhar na saúde ocupacional que (...) devem mostrar quem são através do trabalho (...)”(E₁₁).

Por sua vez, outros participantes exploram mais as estratégias, referindo: “(...) para fazer alguma intervenção tinha que se ver quais são (...) propriamente as necessidades (...). (...) com projetos (...)”(E₅); “(...) manuais (...) de boas práticas e manuais de acompanhamento dos profissionais (...). (...) em termos de procedimentos internos, haverem coisas que deveriam ser procedimentos adotados por todos (...)”(E₇). A realização de projetos e manuais é prevista pela DGS (2013) que apresenta como ações: desenvolver o Programa-tipo de Cuidados de Saúde Ocupacional; elaborar o Referencial-tipo de Manual de Procedimentos orientador da prestação de serviços de saúde ocupacional; e dar continuidade à elaboração de normas, orientações,

informações técnicas, instruções de serviço e outros referenciais de acordo com as necessidades. Apesar de não estar diretamente associada à divulgação da saúde ocupacional, esta será uma forma de chamar a atenção para esta temática.

A investigação emerge como outra estratégia de dinamização: “Fazer estudos de trabalhos que provem (...) que com determinadas atuações se calhar conseguíamos... (...). Da visibilidade tem que ser através dos Conselhos de Administração que deem (...)”(E₁₀). Esta é corroborada pela DGS (2013), que foca como forma de promover a saúde ocupacional a importância de participar e patrocinar, ao nível científico, eventos que possibilitem a partilha de experiências e boas práticas entre os profissionais.

Da mesma unidade de registo surge, ainda, a componente do reconhecimento institucional, sendo que a DGS (2013) preconiza que se divulgue junto das empresas as principais vantagens decorrentes da organização e implementação dos serviços de saúde ocupacional. Isto porque os conselhos de administração terão uma grande influência ao nível da visibilidade dos serviços de saúde ocupacional.

A pertinência da presença dos profissionais da equipa de saúde ocupacional nos locais de trabalho foi igualmente focada pelos participantes: “(...) fazer-se notar, andar nos serviços, ver as práticas e onde poder atuar (...)”(E₉). Como atividades deste serviço estão contempladas, por exemplo, a avaliação dos riscos e a identificação de necessidades, o que faz com que os profissionais tenham que se dirigir aos locais de trabalho (Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B). Também o Modelo de Ambientes de Trabalho Saudáveis da OMS (2010) preconiza o envolvimento dos trabalhadores.

Campanhas de Divulgação de Informação/Formação

As formações, as campanhas nos locais de trabalho e a disponibilização de informação sobre o serviço de saúde ocupacional como estratégias de dinamização do mesmo foram identificadas por oito participantes: “(...) formações dentro da instituição para os próprios trabalhadores,

colaboradores e eles próprios fazerem uma espécie de campanhas ou de promoção de saúde (...)”(E₆); “(...) haver informação nos placards de que existe serviço de saúde ocupacional, (...) quando o funcionário entra para a instituição também deve ser (...) informado que existe o serviço e para o que é que serve (...)”(E₈). A DGS (2013) corrobora o discurso dos participantes ao referir como forma de promover a saúde ocupacional o dever de impulsionar a divulgação de informação em saúde ocupacional.

No que diz respeito à formação académica, estratégia referida por um participante: “(...) uma formação em escola também seria importante (...) . (...) a nível de instituição se (...) pudesse ter uma formação um bocadinho mais específica (...)”(E₄); é corroborada pela ILO (2011) ao referir que a educação e formação académica sobre a saúde ocupacional é uma forma de alertar a sociedade para a sua responsabilidade em garantir a saúde e segurança dos trabalhadores, pelo que inserir a saúde ocupacional nos currículos escolares e criar cursos de formação sobre esta temática promove o reconhecimento da importância da saúde ocupacional e promove atitudes positivas face à mesma.

Outra vertente que emergiu dos discursos foi: “Certamente passaria (...) por alguma (...) campanha de sensibilização para alertar as pessoas para a importância da saúde ocupacional (...)”(E₁₂). A DGS (2013) afirma que para promover a divulgação também dever-se-á valorizar a informação na comunicação social relativamente à saúde ocupacional, de forma a valorizar a saúde do trabalhador. Mais especificamente, a ILO (2011) afirma que deve ser dada maior atenção às campanhas de sensibilização que visam uma maior compreensão do público em geral sobre o impacto dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.

Outra referência feita por um dos participantes remete para a responsabilidade dos próprios intervenientes da saúde ocupacional promoverem o seu trabalho: “(...) eles também terem a responsabilidade de promover aquilo que fazem e aquilo que poderão vir a fazer para melhorar o bem-estar a nível do trabalho e promover, também, a saúde e a própria motivação para o trabalho.”(E₂). Tal como refere a DGS (2013), dever-se-á

divulgar junto das empresas as principais vantagens decorrentes da organização e implementação dos serviços de saúde ocupacional adequados. Esta responsabilidade poderá ser para com as chefias, mas também para com os trabalhadores e para com a comunidade em geral, uma vez que, como refere a OMS (2010), é necessário que haja um envolvimento de todas as partes.

Regulamentação do Serviço de Saúde Ocupacional

Esta subcategoria emergiu da referência feita por cinco participantes que referem a regulamentação da legislação existente face à saúde ocupacional, tanto a nível nacional como institucional: “Se calhar se tivesse legislado que eles deveriam fazer isso (...) eles faziam.”(E₆); “Primeiro definir bem (...) o que é, qual é o papel da saúde ocupacional nas instituições (...)”(E₉). Esta situação da regulamentação é algo que se tem vindo a procurar colmatar, a fim de responder às necessidades existentes ao nível da legislação em vigor. Vão surgindo algumas estratégias na Comunidade Europeia que visam todos os estados membros, forçando-os a aplicar as mesmas, como é o caso da Comunicação de 21 de fevereiro de 2007 intitulada *Melhorar a Qualidade e a Produtividade do Trabalho: Estratégia Comunitária para a Saúde e a Segurança no Trabalho (2007-2012)*, fixando como principal objetivo a redução de 25% na taxa total de incidência de acidentes de trabalho; e a Comunicação de 3 de março de 2010 denominada *EUROPA 2020: Estratégia para um Crescimento Inteligente, Sustentável e Inclusivo* que propõe adaptar o quadro legislativo à evolução dos modelos de trabalho e aos novos riscos para a saúde e segurança no trabalho (DGS, 2013).

A nível nacional, com o mesmo propósito, existe a Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, que regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da saúde e segurança do trabalho, e mais recentemente a Lei n.º 3/2013 que procedeu a alterações na Lei anterior, a *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde do Trabalho 2008-2012* que configura o quadro global da política da prevenção de riscos profissionais e de promoção do bem-estar no

trabalho e o *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2º Ciclo - 2013/2017* (DGS, 2013).

Outra situação identificada por um participante foi: “A criação a nível (...) dos ACES de (...) um grupo de trabalho, de um departamento de saúde ocupacional integrado (...)” (E₂). A DGS (2013) também prevê esta situação, afirmando que deverá ser constituída uma Equipa Local de Saúde Ocupacional em cada Unidade Local de Saúde Pública do ACES.

4.7 A Prática da Saúde Ocupacional

A saúde dos trabalhadores e os locais de trabalho são por si mesmos valores sociais e económicos relevantes para o desenvolvimento sustentado das comunidades, situação da qual surge a saúde ocupacional com o intuito de promover trabalhadores e ambientes de trabalho saudáveis (Oliveira e André, 2010).

Para dar resposta ao objetivo da saúde ocupacional, existem os profissionais de saúde na área da saúde ocupacional que têm um papel fundamental na prevenção de doenças/incapacidades e na promoção da saúde dos trabalhadores (Oliveira e André, 2010).

Da categoria *A Prática da Saúde Ocupacional* emergiram quatro subcategorias: *Intervenção do Enfermeiro do Trabalho*, *Dissociação entre Teoria e Prática do Serviço de Saúde Ocupacional*, *Visibilidade do Enfermeiro do Trabalho* e *Expectativas sobre a Saúde Ocupacional e o Enfermeiro do Trabalho* (Quadro 8).

Quadro 8 - A Prática da Saúde Ocupacional

Subcategoria	Unidades de Registo	UE
Intervenção do Enfermeiro do Trabalho	<p>“(…) o enfermeiro tem capacidade para desempenhar o papel central na (…) saúde ocupacional, tanto ao nível (…) do levantamento do diagnóstico da situação, do planeamento e da execução de um plano de saúde ocupacional (...). (...) ao nível da promoção da saúde (...)”(E₂)</p> <p>“(…) identificação de (...) necessidades, (...) ajudar, também, a elaborar um (...) plano, uma estratégia de intervenção e, consequentemente, depois avaliar se isso teve algum efeito positivo ou não. E reformular.”(E₃)</p> <p>“(…) integrar a equipa de saúde ocupacional, (...) participar nos projetos (...).”(E₅)</p> <p>“Ser o enfermeiro mais aquele elo que pudesse levantar questões e (...) e fazer propostas (...) e saber se elas foram cumpridas e monitorizar. (...) o tal levantamento de questões (...), a monitorização das ações propostas, criar documentos que lhe permitam avaliar o conhecimento e atitudes perante determinada situação (...)”(E₉)</p> <p>“Promoção (...)”(E₁₁)</p> <p>“(…) promoção da saúde (...). (...) detetar precocemente problemas que possam surgir (...)”(E₁₂)</p> <p>“(…) ele só lá está basicamente para (...) os injetáveis da gripe anual, outro tipo de injetáveis do plano nacional de vacinação, mas (...) não consigo identificar outro tipo de papel (...). Realmente para mim ele só (...) lá está para (...) tarefas, basicamente. (...) prevenção (...)”(E₄)</p> <p>“(…) tem um papel na recuperação dos doentes (...)”(E₅)</p> <p>“(…) participar minimamente na parte curativa (...). (...) prevenção, sem dúvida, de (...) campanhas de vacinação, de rastreios (...)”(E₁₀)</p> <p>“(…) prevenção da saúde (...)”(E₁₁)</p> <p>“(…) prevenção de doenças (...)”(E₁₂)</p> <p>“(…) teria o papel de gestor (...)”(E₂)</p> <p>“(…) seria um trabalho em equipa entre médico e enfermeiro em que cada um tem as suas funções muito pré-definidas (...), (...) em conjunto realmente decidirem o que será melhor.”(E₇)</p> <p>“(…) o papel do enfermeiro é (...) o elo de ligação entre (...) os outros profissionais (...)”(E₈)</p> <p>“(…) o enfermeiro estaria mais sensível até na abordagem dos colegas, (...) poderia ser ele esse elo de ligação (...)” E₉)</p> <p>“(…) formação (...)”(E₄)</p> <p>“(…) educação para a saúde (...)”(E₆)</p>	21/12

Continua

	<p>“(…) a formação dos elementos do serviço (…)”(E₉)</p> <p>“(…) ele é a primeira pessoa com quem contactas, (…) acaba por ser um bocadinho de confidente (…)”(E₁)</p> <p>“(…) um bom enfermeiro com uma boa preparação nessa área, tem muito a fazer e muito a dizer e a aconselhar aos colegas.”(E₁₀)</p> <p>“(…) na produção de algum trabalho científico (…)”(E₇)</p>	
<p>Dissociação entre Teoria e Prática do Serviço de Saúde Ocupacional</p>	<p>“(…) a teoria não está muito bem implícita (…) na prática diária.”(E₁)</p> <p>“Não, de maneira nenhuma.”(E₂)</p> <p>“Não, muito longe disso. (…) acho que até é uma área que acaba por ser um bocadinho desvalorizada (…)”(E₃)</p> <p>“Não conhecendo muito a parte teórica, mas ainda assim acho que não.”(E₄)</p> <p>“(…) na minha realidade não (…)”(E₅)</p> <p>“Não, de todo.”(E₆)</p> <p>“Não, eu acho que tudo é sempre passível de melhoria (…) e neste caso acho que ainda há um longo trabalho pela frente (…)”(E₇)</p> <p>“Não, de todo, não, de todo.”(E₉)</p> <p>“Tou convencida que não.”(E₁₀)</p> <p>“De modo algum.”(E₁₁)</p> <p>“Não, de forma alguma.”(E₁₂)</p> <p>“(…) porque eu não, pelo menos eu desconheço projetos (…). Lá está é muito virado para o tratamento, em termos de promover a saúde, prevenir doenças (…) e aquelas psicológicas que muitas vezes nem são diagnosticadas como doenças (…) não vejo nada (…)”(E₅)</p> <p>“Porque eles limitam-se a cumprir (…) e mesmo assim nem sempre cumprem, os <i>timings</i> que deveríamos, (…) não há uma adequação à pessoa (…)”(E₆)</p> <p>“(…) se calhar poderia ser feita mais alguma coisa nessa (…) área, é um bocado restritivo.”(E₈)</p> <p>“Está a anos luz de tudo aquilo que eu penso, porque realmente a preocupação são as vacinas.”(E₁₁)</p> <p>“(…) aquela que eu conheço é que está única e exclusivamente direcionada para (…) tratamento (…)”(E₁₂)</p> <p>“Porque não existe.”(E₂)</p>	<p>17/12</p>

Continua

<p>Visibilidade do Enfermeiro do Trabalho</p>	<p>“(…) o enfermeiro não se deve só restringir a estar num gabinete (…)”(E₁)</p> <p>“(…) devia-se mostrar mais, porque não ir aos serviços?”(E₄)</p> <p>“(…) se não ficar confinado ali ao gabinete (…) a participar em ações e intervenções, já está a dar visibilidade (…)”(E₅)</p> <p>“Se ele fizesse o papel dele dava visibilidade por si só (…)”(E₆)</p> <p>“Passar nos serviços (…)”(E₈)</p> <p>“(…) se for o tal elo de ligação, que faça o levantamento de questões, que proponha ações, que vá monitorizando (…)”(E₉)</p> <p>“(…) ele próprio trabalhando, ele próprio no terreno, ele próprio publicando, ele próprio recolhendo os dados e fazendo publicações (…)”(E₁₁)</p> <p>“(…) ser os enfermeiros se calhar a apresentar propostas (…) às instituições (…) de saúde onde trabalham (…), (…) mostrando (…) as suas competências (…)”(E₁₂)</p> <p>“(…) realizar atividades que motivem os trabalhadores (…). (…) atividades que promovam o bem-estar dos trabalhadores com os recursos que nós temos (…)”(E₁)</p> <p>“(…) criação de grupos de trabalho a nível das instituições, em que um enfermeiro fosse responsável por fazer um levantamento do diagnóstico de situação e por fazer um plano (…) de... promoção (…)”(E₂)</p> <p>“(…) era necessário (…) que houvesse intervenção... e uma das estratégias, se calhar, era precisamente agir (…) e agir ao nível (…) das pequenas unidades (…)”(E₃)</p> <p>“(…) avaliar também as nossas condições de trabalho, avaliar (…) as nossas rotinas (…). (…) dar abertura para nós também conseguirmos de alguma forma (…) criar um tipo de empatia (…)”(E₄)</p> <p>“(…) a própria instituição quando nos marca as consultas (…) do trabalho, não tem a preocupação se o enfermeiro está presente, portanto, a própria instituição já começa logo a não reconhecer esse papel (…)”(E₆)</p> <p>“Se calhar é muni-lo de competências mais alargadas (…). Eu acho que a nível institucional, as direções de enfermagem deviam desempenhar mais o seu papel de realmente relevar a parte de enfermagem sempre e (…) se calhar nessas atribuições, começarem a ser atribuições de equipa e não serem (…) tão atribuições individuais.”(E₇)</p> <p>“(…) ao enfermeiro serem-lhe dadas as responsabilidades que estão de certeza consagradas na lei (…). (…) bastava cumprir provavelmente a lei (…)”(E₁₀)</p> <p>“(…) mais estudos nesta área (…) ter mais evidência científica sobre o impacto que ele teria (…) na saúde ocupacional.”(E₆)</p>	<p>16/12</p>
--	---	--------------

Continua

<p>Expectativas sobre a Saúde Ocupacional e o Enfermeiro do Trabalho</p>	<p>“Se nada for feito, vai-se manter exatamente igual, (...) eu não acho que seja feito neste momento, vai continuar exatamente igual (...).”(E₃)</p> <p>“(...) eu acho que se vai manter (...). Só quando as pessoas realmente tiverem motivadas para tal é que acho que isso vai evoluir um bocadinho.”(E₄)</p> <p>“Eu acho que não vai mudar (...). (...) só irá mudar se a legislação alterar (...).”(E₆)</p> <p>“(...) e que realmente a mudança que seja para melhor, mas não acredito muito (...). As instituições trabalham em função dos números e os funcionários são números neste momento (...).”(E₈)</p> <p>“(...) não tenho grandes expectativas.”(E₉)</p> <p>“(...) eu espero realmente que as coisas melhorem (...) estou um bocadinho cética em relação a isso, por causa da conjuntura atual (...).”(E₁₂)</p> <p>“(...) acho que Portugal também vai acompanhar isso, cada vez é mais importante o bem-estar do trabalhador (...).”(E₁)</p> <p>“(...) acho que vai ganhar visibilidade e também vai promover a motivação e diminuir o absentismo (...) e de certeza, que vai ser bom para a produtividade também.”(E₂)</p> <p>“(...) o que eu esperava mesmo é que realmente houvesse (...) um grupo de trabalho que realmente promovesse a nossa saúde (...).”(E₅)</p> <p>“(...) é esperar que as coisas realmente evoluam (...). E eu penso que (...) se na realidade houver (...) uma aposta diferenciada e (...) com algum critério as coisas poderão (...) melhorar. (...) acho que a enfermagem reage muito lentamente (...) aos novos desafios. E (...) ainda estamos muito agarrados à teorização (...) da enfermagem e não à parte prática (...).”(E₇)</p> <p>“Vai ficar tudo na mesma para pior. Dada a conjuntura e dada a mentalidade e dada (...) os próprios enfermeiros (...) da saúde ocupacional (...).”(E₁₁)</p>	<p>11/12</p>
---	---	--------------

Intervenção do Enfermeiro do Trabalho

O enfermeiro do trabalho tem vindo a revelar-se um interveniente cada vez mais importante na equipa da saúde ocupacional, uma vez que possui competências que lhe permitem intervir em várias áreas como na prevenção de acidentes e doenças profissionais, na promoção da saúde, bem como na preparação dos trabalhadores para situações de emergência (Oliveira e André, 2010).

De acordo com os discursos de alguns participantes, o enfermeiro do trabalho tem como funções a identificação de necessidades, a elaboração do

diagnóstico de situação, o planeamento, a intervenção e a avaliação, devendo intervir na promoção da saúde, através da elaboração de projetos: “(...) o enfermeiro tem capacidade para desempenhar o papel central na (...) saúde ocupacional, tanto ao nível (...) do levantamento do diagnóstico da situação, do planeamento e da execução de um plano de saúde ocupacional (...). (...) ao nível da promoção da saúde (...)”(E₂); “(...) identificação de (...) necessidades, (...) ajudar, também, a elaborar um (...) plano, uma estratégia de intervenção e, conseqüentemente, depois avaliar se isso teve algum efeito positivo ou não. E reformular.”(E₃). Estas afirmações vão ao encontro da definição que a WHO (2001b) elaborou como sendo enfermeiro especialista, na qual afirma que o enfermeiro do trabalho como especialista pode adotar estratégias de promoção de saúde e gestão da saúde ambiental, como a vigilância dos fatores de risco e avaliação dos resultados, a elaboração de programas e realização de relatórios sobre a avaliação das necessidades em promoção da saúde, da prestação de serviços e da efetividade das intervenções da saúde ocupacional.

Outros discursos vão ao encontro de atividades como: “(...) participar minimamente na parte curativa (...). (...) prevenção, sem dúvida, de (...) campanhas de vacinação, de rastreios (...)”(E₁₀). Estas funções também são tidas em consideração pela WHO (2001b) quando atribui as competências de clínico ao enfermeiro do trabalho, referindo que estas caracterizam-se pela prevenção primária de lesões e doenças, cuidados de emergência aos trabalhadores antes destes serem encaminhados para unidades especializadas, realização de tratamentos e elaboração do plano de cuidados individual ou do grupo.

O enfermeiro do trabalho ser o elo de ligação entre os profissionais, participar nas decisões e ter um papel de gestor surge como outra vertente na sua atuação: “(...) seria um trabalho em equipa entre médico e enfermeiro em que cada um tem as suas funções muito pré-definidas (...), (...) em conjunto realmente decidirem o que será melhor.”(E₇); “(...) o papel do enfermeiro é (...) o elo de ligação entre (...) os outros profissionais (...)”(E₈). Mais uma vez, a WHO (2001b) corrobora esta perceção dos enfermeiros,

afirmando que uma das competências do enfermeiro do trabalho é a gestão e identifica as funções associadas a esta como a gestão de toda a equipa multidisciplinar de saúde ocupacional, da equipa de enfermagem do trabalho ou de programas específicos, do orçamento e de acordos para a prestação de serviços. Também tem que intervir ao nível da qualidade da prestação de cuidados, participando em auditorias (WHO, 2001b).

Foram de igual modo relatadas funções na área da formação: “(...) a formação dos elementos do serviço (...)”(E9). Estas funções são efetivamente uma das responsabilidades do enfermeiro do trabalho, pelo que a própria WHO (2001b) lhe atribui a competência de educador, afirmando que a educação para a saúde faz parte da promoção da saúde, devendo, para isso, avaliar as necessidades, priorizar e intervir adequadamente a este nível.

Por sua vez, os participantes afirmaram que o enfermeiro do trabalho deverá ser alguém a quem se possa recorrer, no sentido de dar conselhos a apoiar os trabalhadores: “(...) ele é a primeira pessoa com quem contactas, (...) acaba por ser um bocadinho de confidente (...)”(E1). Estas perceções são corroboradas pela WHO (2001b) que identifica o papel de conselheiro como uma das vertentes do enfermeiro do trabalho, afirmando que este poderá ter que ajudar os trabalhadores na saúde mental, nomeadamente com o *stress* inerente ao trabalho.

Constatam-se de igual modo referências à investigação como uma das funções do enfermeiro do trabalho: “(...) na produção de algum trabalho científico (...)”(E7). Esta afirmação é corroborada pela WHO (2001b) que indica que o enfermeiro do trabalho deverá ter competências de investigação para realizar estudos. Existem vários estudos que podem ser realizados pelo enfermeiro do trabalho no sentido de promover trabalhadores e ambientes de trabalho saudáveis, como, por exemplo, estudos de identificação de riscos ocupacionais com o intuito de identificar os riscos presentes e quais as intervenções adequadas. Tal como o de Leitão, Fernandes e Ramos (2008), que teve como objetivo analisar os riscos ocupacionais para a equipa de enfermagem numa unidade de terapia intensiva, o qual revelou que os principais riscos ocupacionais encontrados foram excesso de ruído na

unidade, temperatura inadequada do ambiente, incumprimento do controlo de gases e vapores, utilização inadequada dos equipamentos de proteção individual, exposição radioativa e exposição diária a agentes biológicos, fatores psicossociais e ergonómicos. E o de Borges (2005) que procurou conhecer a perceção do sofrimento dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados de enfermagem a crianças, com doença crónica ou em fase final de vida, revelando que o contacto com o sofrimento das crianças, pais e seus familiares constitui uma fonte de sofrimento para os enfermeiros, identificando o *stress* como um agente responsável pelo sofrimento.

De acordo com a WHO (2001b) existem duas competências atribuídas ao enfermeiro do trabalho que não foram identificadas pelos participantes, sendo elas as atividades associadas ao papel de coordenador, com o intuito de coordenar a equipa de saúde ocupacional e ao papel de consultor para o desenvolvimento de práticas em saúde ocupacional.

Dissociação entre Teoria e Prática do Serviço de Saúde Ocupacional

Pelo discurso dos participantes constata-se que não existe uma relação entre a teoria e a prática da saúde ocupacional, ficando a saúde ocupacional muito aquém do que estaria estipulado: “(...) a teoria não está muito bem implícita (...) na prática diária.”(E₁); “Não, muito longe disso. (...) acho que até é uma área que acaba por ser um bocadinho desvalorizada (...)”(E₃). Este aspeto também é tido em consideração por Santos e Almeida (2012), que referem que a saúde ocupacional em Portugal nem sempre corresponde às expectativas. O que juntamente com o facto de muitos empregadores encararem a legislação como uma obrigatoriedade (DGS, 2013), faz com que cumpram apenas os mínimos necessários, podendo limitar a ação dos intervenientes e fazer com que fique aquém do esperado.

Os relatos dos participantes justificam a dissociação entre a teoria e a prática da saúde ocupacional com a ação restritiva da saúde ocupacional: “(...) porque eu não, pelo menos eu desconheço projetos (...). Lá está é muito virado para o tratamento, em termos de promover a saúde, prevenir doenças (...) e aquelas psicológicas que muitas vezes nem são diagnosticadas como

doenças (...) não vejo nada (...)”(E₅); “(...) se calhar poderia ser feita mais alguma coisa nessa (...) área, é um bocado restritivo.”(E₈). Afirmando, ainda: “Porque não existe.”(E₂). O discurso dos participantes foca a prevenção primária e o tratamento como ações centrais do serviço de saúde ocupacional. Tal como se constata pela definição que a WHO (2001a) atribui à saúde ocupacional, esta apresenta ações em várias vertentes. Assim, também a Lei n.º 3/2014, artigo 73.º-B, referencia que existem outras atividades do serviço de saúde ocupacional que não se encontram apenas relacionadas com a vigilância de saúde.

Neste seguimento, o MTSS e ACT (2008) constataam que a cultura de prevenção, geralmente, ainda é pouco conhecida, verificando interpretações menos corretas dos princípios de prevenção dos riscos profissionais, implementando medidas desadequadas de prevenção.

Visibilidade do Enfermeiro do Trabalho

Os relatos dos participantes indicam o próprio enfermeiro do trabalho como o agente responsável pela sua visibilidade, destacando-se o facto do enfermeiro sair do gabinete e contactar mais com os serviços e trabalhadores: “(...) devia-se mostrar mais, porque não ir aos serviços?”(E₄). Relativamente a este aspeto o enfermeiro do trabalho tem como responsabilidades algumas atividades como a elaboração de diagnósticos de enfermagem, a vigilância dos fatores de risco e a identificação de necessidades (WHO, 2001b), pelo que é imperativo que este tenha que se deslocar aos serviços e, portanto, estar mais em contacto com os trabalhadores.

Outro aspeto que surgiu está associado ao facto do enfermeiro do trabalho colocar em prática as competências que lhe estão destinadas, ganhando visibilidade por si só: “Se ele fizesse o papel dele dava visibilidade por si só (...)”(E₆); “(...) ele próprio trabalhando, ele próprio no terreno, ele próprio publicando, ele próprio recolhendo os dados e fazendo publicações (...)”(E₁₁). Neste sentido, se elaborar estudos de necessidades e de eficácia das intervenções e relatórios com dados objetivos, competências estas

preconizadas pela WHO (2001b), poderá, objetivamente, chamar a atenção para as vantagens da sua presença, sendo esta medida referida pela DGS (2013) como uma medida de dinamização.

A vertente das instituições organizadas serem agentes responsáveis pela visibilidade do enfermeiro do trabalho também foi mencionada: “(...) a própria instituição quando nos marca as consultas (...) do trabalho, não tem a preocupação se o enfermeiro está presente, portanto, a própria instituição já começa logo a não reconhecer esse papel (...)”(E₆); “Se calhar é muni-lo de competências mais alargadas (...). Eu acho que a nível institucional, as direções de enfermagem deviam desempenhar mais o seu papel de realmente relevar a parte de enfermagem sempre e (...) se calhar nessas atribuições, comecem a ser atribuições de equipa e não serem (...) tão atribuições individuais.”(E₇). Estas referências revelam que as instituições deveriam atribuir ao enfermeiro do trabalho as responsabilidades que estão inerentes ao seu papel. O que a DGS (2013) prevê como forma de dinamização é a demonstração às chefias de quais as vantagens relacionadas com a presença do enfermeiro do trabalho para que estas reconheçam a sua importância e atribuam a este as competências que lhe estão por direito associadas, podendo, assim, o enfermeiro do trabalho efetuar o seu trabalho da forma mais eficaz e adequada.

Outra vertente identificada é a investigação científica: “(...) mais estudos nesta área (...) ter mais evidência científica sobre o impacto que ele teria (...) na saúde ocupacional.”(E₆). A DGS (2013) refere como forma de promoção a participação e o patrocínio ao nível de eventos científicos nos quais os profissionais da saúde ocupacional possam partilhar experiências e boas práticas. Esta afirmação remete para a necessidade da realização de estudos, sendo esta, portanto, uma forma de promoção da visibilidade do enfermeiro do trabalho. Tal como o estudo de Antunes (2009), no qual o próprio autor refere que procurou dar importância ao papel do enfermeiro do trabalho em Portugal através da declaração dos ganhos em saúde que advêm do emprego das competências do mesmo.

Expectativas sobre a Saúde Ocupacional e o Enfermeiro do Trabalho

O discurso dos participantes revela que a maior parte dos participantes não apresenta quaisquer expectativas face à saúde ocupacional e ao enfermeiro do trabalho, referindo que a situação irá manter-se, devido às mentalidades e à situação económica do país: “Se nada for feito, vai-se manter exatamente igual, (...) eu não acho que seja feito neste momento, vai continuar exatamente igual (...).”(E₃); “(...) e que realmente a mudança que seja para melhor, mas não acredito muito (...). As instituições trabalham em função dos números e os funcionários são números neste momento (...).”(E₈); “(...) eu espero realmente que as coisas melhorem (...) estou um bocadinho cética em relação a isso, por causa da conjuntura atual (...).”(E₁₂).

Relatos sobre evolução positiva também foram encontrados, focando esta possibilidade através de uma maior visibilidade e, consequentemente, através da consciencialização de que realmente a saúde e segurança dos trabalhadores é fundamental e é um fator de desenvolvimento: “(...) acho que Portugal também vai acompanhar isso, cada vez é mais importante o bem-estar do trabalhador (...).”(E₁); “(...) acho que vai ganhar visibilidade e também vai promover a motivação e diminuir o absentismo (...) e de certeza, que vai ser bom para a produtividade também.”(E₂).

No entanto também emergiu uma referência a uma evolução negativa por parte da saúde ocupacional e do enfermeiro do trabalho: “Vai ficar tudo na mesma para pior. Dada a conjuntura e dada a mentalidade e dada (...) os próprios enfermeiros (...) da saúde ocupacional (...).”(E₁₁).

Face às várias expectativas, a ILO (2011) afirma que, apesar da crise económica, os governos deverão procurar e assegurar soluções eficazes e sustentáveis no que diz respeito à saúde e segurança dos trabalhadores, garantindo ambientes de trabalho saudáveis, sendo este um direito que não deve ficar comprometido em tempos de constrangimento financeiro, não devendo ficar agendado à espera de tempos melhores. Ainda segundo a mesma organização, apesar do que se conseguiu atingir até agora,

naturalmente continua a ser um verdadeiro desafio assegurar esta situação, principalmente para os países nos quais domina a recessão económica.

Após a apresentação, análise e discussão dos resultados sintetiza-se na Figura 2 as perceções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional:

Figura 2 - Perceções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional



CONCLUSÃO

A saúde ocupacional visa a prevenção e a promoção da saúde e da segurança dos trabalhadores (WHO, 2001a), tendo em vista, também, a promoção de ambientes de trabalho saudáveis (DGS, 2013). Como intervenientes da saúde ocupacional surgem os enfermeiros do trabalho que constituem o maior grupo de profissionais de saúde ocupacional (Rogers, 2011), apresentando uma grande influência na saúde dos trabalhadores e nos locais de trabalho (Oliveira e André, 2010).

Com o presente estudo pretende-se contribuir para uma maior visibilidade dos serviços de saúde ocupacional. Para isso recorreu-se a um estudo de cariz qualitativo, do tipo exploratório, descritivo e transversal.

Como resultados principais do estudo, destacam-se:

- Face ao conceito de saúde ocupacional a maior parte dos participantes centrou a sua definição no âmbito de atuação, focando a prevenção e a promoção da saúde dos trabalhadores e o apoio prestado quando necessário.
- Relativamente às áreas de intervenção da saúde ocupacional, os participantes focaram a prevenção dos riscos profissionais, como a realização de consultas e exames programados, rastreios, formação e identificação e controlo dos riscos; seguindo-se a proteção e promoção da saúde no trabalho, tanto a nível físico como mental, como a gestão de conflitos e *stress*, e a promoção de um bom ambiente de trabalho; e o tratamento.

- No que diz respeito à organização dos serviços de saúde ocupacional existentes nos locais de trabalho dos enfermeiros, destacaram-se os recursos humanos; as funções do serviço, nas quais são identificadas as consultas e os exames periódicos; e os recursos físicos, nos quais foi referida a existência de um espaço físico para o serviço de saúde ocupacional.
- Sobre o funcionamento do serviço de saúde ocupacional onde os enfermeiros exerciam funções, as áreas de funcionamento identificadas foram as consultas, as atividades de formação e as visitas aos locais de trabalho.
- As áreas de formação prioritárias em saúde ocupacional identificadas pelos participantes foram ao nível de programas de prevenção e promoção de saúde no trabalho, legislação, conceção da saúde ocupacional e comunicação.
- Os participantes identificaram como estratégias de dinamização do serviço de saúde ocupacional a própria intervenção do serviço de saúde ocupacional, as campanhas de divulgação de informação/formação e a regulamentação do mesmo.
- Face à intervenção do enfermeiro do trabalho, os participantes identificaram o papel de especialista, clínico, gestor, educador, conselheiro, e apenas um identificou o papel de investigador.
- 11 participantes referiam não haver relação entre a teoria e a prática da saúde ocupacional, sendo que um participante referiu mesmo não existir um serviço de saúde ocupacional no seu local de trabalho.
- Para a visibilidade do enfermeiro do trabalho, os participantes identificaram as seguintes estratégias: a intervenção ao nível do próprio enfermeiro, ao nível institucional e ao nível da investigação.
- No que diz respeito às expectativas futuras dos enfermeiros face à saúde ocupacional e ao enfermeiro do trabalho, a maior parte dos enfermeiros não tem quaisquer expectativas, quatro esperam que haja melhorias e um acha que a situação vai piorar.

A presente investigação permitiu cumprir os objetivos definidos para a mesma.

Devido à sua natureza qualitativa, como principal limitação do estudo reporta-se o número de participantes e, portanto, a não viabilização de generalizações (Polit e Beck, 2011). Uma outra limitação relaciona-se com a pesquisa bibliográfica com os poucos estudos associados a esta temática.

Por último, apresentam-se as seguintes sugestões:

- A realização de estudos subjacentes à saúde ocupacional e ao enfermeiro do trabalho mais abrangentes, nomeadamente a outras áreas geográficas e a outros contextos laborais.
- A divulgação dos resultados obtidos na presente investigação, em eventos ou através de artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLI, Benjamin - *Fundamental Principles of Occupational Health and Safety*. [Em linha]. 2ª Ed. Geneva: International Labour Office (ILO), 2008. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_093550.pdf>.

ANTUNES, Ricardo - *Enfermagem do Trabalho: Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho*. Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

ARROTEIA, Jorge - *Educação e Desenvolvimento Fundamentos e Conceitos*. [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. [Consult. 21 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.adispor.pt/repositorio/pdfs/educacao_e_desenvolvimento.pdf>.

AUTORIDADE PARA AS CONDIÇÕES DO TRABALHO (ACT) - *Evolução Histórica*. [Em linha]. 2014. [Consult. 16 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Paginas/default.aspx)>.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. 4ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BENACH, Joan [et al.] - Occupational Health Policies in Spain: Problems, Actions and Priorities. *TUTB Newsletter*. [Em linha]. n.º 22-23 (2004), p. 32-41. [Consult. 05 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.upf.edu/cisal/_pdf/doc4.pdf>.

BENAVIDES, Fernando [et al.] - *Informe de Salud Laboral, España 2001-2010*. [Em linha]. Barcelona: CISAL-UPF, 2013. [Consult. 05 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.iberpsoc.org/docs/inf_cisal_13.pdf>.

BENITE, Anderson - *Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho para Empresas Construtoras*. São Paulo, 2004. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Construção Civil e Urbana. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.

BORGES, Elizabete - O Sofrimento dos Enfermeiros em Pediatria. *Nascer e Crescer*. [Em linha]. Vol. 14, n.º 2 (2005), p. 123-125. [Consult. 01 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/780/1/O%2520sofrimento.pdf>>.

BULHÕES, Ivone - *Riscos do Trabalho de Enfermagem*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora LTDA, 1998.

CARVALHO, Helena - *Higiene e Segurança no Trabalho e suas Implicações na Gestão dos Recursos Humanos: O Sector da Construção Civil*. Braga, 2005. Dissertação de Mestrado em Sociologia e Especialização em Organizações e Desenvolvimento dos Recursos Humanos. Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO (CHVNGE) - *Regulamento Interno*. [Em linha]. 2010. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.chvng.pt/files/Regulamento_Interno_CHVNGE.pdf>.

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP) - *Serviço Saúde Ocupacional e Medicina Familiar*. [Em linha]. 2007. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.chporto.pt/servicos.php?id=46>>.

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP) - *Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Porto*. [Em linha]. 2008. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.chporto.pt/pdf/Regulamento_CHP_2008.pdf>.

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP) - *Promoção da Saúde para Todos*. [Em linha]. Vol. 1, n.º 4 (2013a). [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.chporto.pt/pdf/publicacoes/sso/Publicacao_SSO_Abril2013_4.pdf>.

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP) - *Promoção da Saúde para Todos*. [Em linha]. Vol. 1, n.º 5 (2013b). [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.chporto.pt/pdf/publicacoes/sso/Publicacao_SSO_julho2013_5.pdf>.

COMITÉ DOS ALTOS RESPONSÁVEIS DA INSPEÇÃO DO TRABALHO (SLIC); UNIÃO EUROPEIA (UE) - *Riscos Psicossociais no Trabalho - Base*. [Em linha]. SLIC e UE, 2012. [Consult. 02 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.av.se/dokument/inenglish/European_Work/Slc_2012/Portuguese_3.pdf>.

COMMUNITY HEALTH NURSES ASSOCIATION OF CANADA (CHNAC) - *Canadian Community Health Nursing Standards of Practice*. [Em linha]. Ontario: CHNAC, 2008. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.chnc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_english.pdf>.

COSTA, Taiza; FELLI, Vanda - Exposição dos Trabalhadores de Enfermagem às Cargas Químicas em um Hospital Público Universitário da Cidade de São Paulo. *Ver Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 13, n.º 4 (2005), p. 501-

508. [Consult. 11 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a07.pdf>>.

DECRETO-LEI N.º 109/2000, D.R. I Série N.º 149 de 30 junho de 2000, p. 2835-2847. [Em linha]. [Consult. 14 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Documents/decreto_lei109.2000.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Documents/decreto_lei109.2000.pdf)>.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP) - *Comunitária: Mestrado em Enfermagem Comunitária*. [Em linha]. 2014. [Consult. 16 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.esenf.pt/pt/estudar-na-esep/mestrados/comunitaria/>>.

EUROPEAN TELECOMMUNICATIONS NETWORK OPERATORS ASSOCIATION (ETNO); UNI EUROPA - *Bom Trabalho, Boa Saúde/Guia de Boas Práticas*. [Em linha]. ETNO e UNI Europa, 2009. [Consult. 24 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.telecom.pt/NR/rdonlyres/81D9F8ED-2B06-45E8-8847-F693F319AA32/1458211/etno_goodpracticeguidelinesportug_pt.pdf>.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FREITAS, Luís - *Manual de Segurança e Saúde do Trabalho*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2011.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento*. [Em linha]. 1ª Ed. São Paulo: Hemetoteca Sindical Brasileira, 2006. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>>.

GOMES, Sandra; SANTOS, Margarida; CAROLINO, Elisabete - Riscos Psicossociais no Trabalho: Estresse e Estratégias de *Coping* em Enfermeiros em Oncologia. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 21, n.º 6 (2013), 1282-1289. [Consult. 24 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76051/79740>>.

GRAÇA, Luís - *História da Saúde no Trabalho: 3. 2. Industrialismo e “Estado Social” (1959-1974)*. [Em linha]. (2000). [Consult. 13 maio 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos17.html>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - *Indicadores de Desenvolvimento Sustentável*. [Em linha]. 2013. [Consult. 30 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=141207374>.

INTERNATIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH (ICOH) - *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*. [Em linha]. ICOH, 2012. [Consult. 04 nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL:

http://www.icohweb.org/site_new/multimedia/core_documents/pdf/code_ethics_eng_2012.pdf>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Occupational Health and Safety Management Programme for Nurses*. [Em linha]. Geneva: ICN, 2007. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_occupationalhealth.pdf>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *CIPE Versão 2011 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [Em linha]. 2011. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>>.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO) - *XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 September 2011, ILO Introductory Report: Global Trends and Challenges on Occupational Safety and Health*. [Em linha]. Geneva: ILO, 2011. [Consult. 30 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_162662.pdf>.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO) - *The Prevention of Occupational Diseases: World Day for Safety and Health at Work 28 April 2013*. [Em linha]. Geneva: ILO, 2013. [Consult. 30 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_208226.pdf>.

LEÃO, Luís; VASCONCELLOS, Luiz - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): Reflexões sobre a Estrutura de Rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Em linha]. Vol. 20, n.º 1 (2011), p. 85-100. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a10.pdf>>.

LEI N.º 7/95, D.R. I Série N.º 75 de 29 de março de 1995, p. 1710-1713. [Em linha]. [Consult. 20 mar. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.dre.pt/pdf1s/1995/03/075A00/17101713.pdf>>.

LEI N.º 59/2008, D.R. I Série N.º 176 de 11 de setembro de 2008, p. 6524-6630. [Em linha]. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.dre.pt/pdf1s/2008/09/17600/0652406630.pdf>>.

LEI N.º 98/2009, D.R. I Série N.º 172 de 4 de setembro de 2009, p. 5894-5920. [Em linha]. [Consult. 22 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.fd.ul.pt/LinkClick.aspx?fileticket=jjCu5fqbmj0%3D&tabid=396>>.

LEI N.º 102/2009, D.R. I Série N.º 176 de 10 setembro de 2009, p. 6167-6192. [Em linha]. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://dre.pt/pdf1s/2009/09/17600/0616706192.pdf>>.

LEI N.º 111/2009, D.R. I Série N.º 180 de 16 de setembro de 2009, p. 6528-6550. [Em linha]. [Consult. 06 jun. 2014]. Disponível na Internet:

<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf>.

LEI N.º 3/2014, D.R. I Série N.º 19 de 28 de janeiro de 2014, p. 554-591. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/01/01900/0055400591.pdf>>.

LEITÃO, Ilse; FERNANDES, Aline; RAMOS, Islane - Saúde Ocupacional: Analisando os Riscos relacionados à Equipe de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva. *Cienc Cuid Saude*. [Em linha]. Vol. 7, n.º 4 (2008), p. 476-484. [Consult. 19 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.monteklinikum.com.br/artigos_enf/islane/SAUDE-OCUPACIONAL-ANALISANDO-OS-RISCOS-RELACIONADOS-A-EQUIPE.pdf>.

MAÇORANO, António; TAVARES, José; OLIVEIRA, Susana - *A Organização de Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho Análise Crítica*. [Em linha]. Lisboa: AECOPS, 2010. [Consult. 05 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://prewww.aecops.pt/pls/daecops3/WEB_EXTRACT_EXTERNAL.GET_EXTERNAL?code=29824529&col_ext=FILE1&tab=blist_downloads>.

MATTOS, Ubirajara; MÁSCULO, Francisco - *Higiene e Segurança do Trabalho*. [Em linha]. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2011. [Consult. 20 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://books.google.pt/books?id=OM592klgGvkC&pg=PR14&dq=Enfermagem+do+Trabalho&hl=pt-BR&sa=X&ei=I7xCUvTQKseM7QaArYCQBQ&ved=0CEsQ6AEwAw#v=onepage&q=Enfermagem%20do%20Trabalho&f=false>>.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (MTSS); AUTORIDADE PARA AS CONDIÇÕES DO TRABALHO (ACT) - *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008/2012*. [Em linha]. ACT, 2008. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentsOrientadores/DocumentsReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaaSegurancaeSaudeTrabalho20082012.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentsOrientadores/DocumentsReferenciaAmbitoNacional/Documents/EstrategiaNacionalparaaSegurancaeSaudeTrabalho20082012.pdf)>.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH; FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH - *Good Occupational Health Practice A Guide for Planning and Follow-up of Occupational Health Services*. [Em linha]. 2ª Ed. Helsinki: Editor H. Taskinen, 2004. [Consult. 29 abr. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic_publications/Documents/Good_Occupational_Health_Practice.pdf>.

NAUMANEN, Paula; LIESIVUORI, Jyrki - Workplace Health Promotion Activities of Finnish Occupational Health Nurses. *Public Health Nursing*. [Em linha]. Vol. 26, n.º 3 (2009), p. 218-228. [Consult. 08 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=89cba88e-d4d2-4671-ac16-76621dde12f4%40sessionmgr113&hid=4206>>.

NETO, Hernâni - *Novos Indicadores de Desempenho em Matéria de Higiene e Segurança no Trabalho: Perspectiva de Utilização em Benchmarking*. Guimarães, 2007. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana. Departamento de Produção e Sistemas da Escola de Engenharia da Universidade do Minho.

NETO, Hernâni - Segurança e Saúde no Trabalho em Portugal: Um Lugar na História e a História de um Lugar. *International Journal on Working Conditions (RICOT Journal)*. [Em linha]. n.º 2 (2011), p. 71-90. [Consult. 25 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.2_HVN_71.90.pdf>.

NUNES, Lucília - *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. [Em linha]. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS, 2013. [Consult. 21 dez. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>>.

OLIVEIRA, António; ANDRÉ, Suzana - Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium* 41. [Em linha]. (2010), p. 115-122. [Consult. 04 nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/8.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Código Deontológico*. [Em linha]. OE, 2009. [Consult. 02 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *NewsLetter Secção Regional do Norte, N.º 6/2010*. [Em linha]. OE, 2010a. [Consult. 25 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/newsletter6_5.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. [Em linha]. OE, 2010b. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Revista da Ordem dos Enfermeiros Número 46*. [Em linha]. OE, 2013. [Consult. 21 dez. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/RevistaOE/ROE46/index.html#1>>.

ORDEN SAS/1348/2009. In Boletín Oficial del Estado N.º 129 de 28 de mayo de 2009, p. 44685-44696. [Em linha]. [Consult. 05 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8880.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT) - *Convenções OIT por Número*. [Em linha]. 2008. [Consult. 16 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/html/portugal_convencoes_numero_pt.htm>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um Modelo para Ação para Empregadores, Trabalhadores, Formuladores de Políticas e Profissionais*. [Em linha]. Brasília: OMS, 2010. [Consult. 30 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf>.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTARIA SIT N.º 84 de 2009. In *Norma Regulamentadora (NR) 1 Disposições Gerais*. [Em linha]. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:https://www.bauru.unesp.br/Home/CIPA/nr_01_at.pdf>.

PORTARIA SIT N.º 128 de 2009. In *Norma Regulamentadora (NR) 4 Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho*. [Em linha]. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388128376306AD/NR-04%20\(atualizada\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A2800001388128376306AD/NR-04%20(atualizada).pdf)>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS) - *Circular Informativa Organização de Serviços de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO) nos Cuidados Primários de Saúde - ACES e Sede de ARS(s)*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2010a. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-legais-e-normativos/orientacoes-tecnicasnormativas/circular-informativa-n-05dsppsdcvae-de-03032010-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS) - *Programa Nacional de Saúde Ocupacional Pergunta Frequentemente 9/2010 Em que Situação é que é Exigida a Contratação do Enfermeiro do Trabalho e que Actividade irá Desenvolver?* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2010b. [Consult. 30 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/enfermeiro-do-trabalho-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS) - *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2012. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS) - *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), 2º ciclo 2013/2017*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<https://docs.google.com/file/d/0BzxYuUISg1lQM3NSLUVnTTAxbXc/edit?pli=1>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS) - *Orientação N.º 008/2014 Organização e Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2014a. [Consult. 14 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdiretrizes-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2Forientacao-n-0082014-de-21052014-pdf.aspx&ei=psXGU_6oJdPY0QWohYDICg&usg=AFQjCNFsWwM75-pK1j9byaMSU5ElRihKqQ&sig2=2Af3vkxrMORRcqN6q1iPQQ&bvm=bv.71126742,d.d2k>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS) - *Orientação N.º 009/2014 Autorização para o Exercício de Enfermagem do Trabalho*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2014b. [Consult. 06 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2014/EnfermagemTrabalho_DGS_03062014.pdf>.

PROJETO INT-SO - *Dos Contextos de Trabalho à Saúde Ocupacional dos Profissionais de Enfermagem, um Estudo Comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*. [Em linha]. 2014. [Consult. 02 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/int-so/>>.

REAL DECRETO 337/2010. In Boletín Oficial del Estado N.º 71 de 23 de marzo de 2010, p. 27962-27976. [Em linha]. [Consult. 03 jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/23/pdfs/BOE-A-2010-4765.pdf>>.

RODRIGUES, Lígia [et al.] - Riscos Ocupacionais: Percepção de Profissionais de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa - PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. [Em linha]. Vol. 16, n.º 3 (2012), p. 325-332. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12660/7871>>.

ROGERS, Bonnie - *Enfermagem do Trabalho: Conceitos e Prática*. Loures: Lusociência, 1997.

ROGERS, Bonnie - *O Enfermeiro de Saúde no Trabalho*. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2011.

SANTOS, Mónica; ALMEIDA, Armando - Enfermagem na Equipa de Saúde Ocupacional. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em linha]. III Série, n.º 6 (2012), p. 147-155. [Consult. 04 nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIn6/serIIn6a14.pdf>>.

SELIGMANN-SILVA, Edith [et al.] - Saúde do Trabalhador no Início do Século XXI. *Rev. bras. Saúde ocup.* [Em linha]. Vol. 35, n.º 122 (2010), p. 185-186. [Consult. 11 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a01v35n122.pdf>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DO TRABALHO (SPMT) - S / t. 6. *Revista Saúde & Trabalho* n.º 6. [Em linha]. Lisboa: SPMT, 2007. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.spmtrabalho.com/downloads/st06.pdf>>.

SPAGNOL, Carla [*et al.*] - Situações de Conflito Vivenciadas no Contexto Hospitalar: a Visão dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. [Em linha]. Vol. 44, n.º 3 (2010), p. 803-811. [Consult. 21 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/36>>.

TEIXEIRA, José - Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Aná. Psicológica*. [Em linha]. Vol. 22, n.º 3 (2004), p. 615-620. [Consult. 21 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>>.

UNIÃO GERAL DE TRABALHADORES (UGT) - *Doenças Profissionais: Guia de Perguntas e Respostas*. [Em linha]. UGT, 2011. [Consult. 22 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ugt.pt/Guia_DoencasProfissionais_SST.pdf>.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS (ULSM) - *Gabinete de Saúde Ocupacional*. [Em linha]. 2010. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ulsm.min-saude.pt/servicecontent.aspx?menuid=419&submenu=840>>.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS (ULSM) - *Regulamento ULSM, EPE*. [Em linha]. 2013. [Consult. 05 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ulsm.min-saude.pt/HttpHandlers/FileHandler.ashx?id=504&menuid=545>>.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA - *Mestrado em Saúde Ocupacional*. [Em linha]. 2014. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.uc.pt/fmuc/gabineteestudoavancados/formacaoposgraduada/mestradosaudeocupacional>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Health Promotion Glossary*. [Em linha]. Geneva: WHO, 1998. [Consult. 17 jun. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Occupational Health: A Manual for Primary Health Care Workers*. [Em linha]. Cairo: WHO, 2001a. [Consult. 25 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*. [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2001b. [Consult. 07 abr. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Declaration on Workers Health*. [Em linha]. Stresa: WHO, 2006. [Consult. 30 set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Workers Health: Global Plan of Action. Sixtieth World Health Assembly*. [Em linha]. Geneva: WHO, 2007. [Consult. 08 jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. [Em linha]. Geneva: WHO, 2009. [Consult. 10 maio 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Pract.* [Em linha]. Geneva: WHO, 2010. [Consult. 28 abr. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *National Profile of Occupational Health System in Finland*. [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2012. [Consult. 29 abr. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/160522/e96482.pdf>.

ANEXOS

Anexo I - Guião da Entrevista

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A SAÚDE
OCUPACIONAL
GUIÃO DA ENTREVISTA

Elaborado por:
Ana Rita Costa Pereira

Orientadora:
Prof.^a Doutora Elizabete Borges

Porto, 2014

BLOCOS TEMÁTICOS

Designação dos Blocos		Objetivos Específicos	Questões	Observações
Legitimação da Entrevista		Legitimar a entrevista	Apresentar a investigadora Explicar o tipo de estudo Obter o consentimento informado do participante	
Caracterização Sociodemográfica e Profissional do Participante		Caracterizar o participante	Solicitar os seguintes dados: sexo; idade; formação académica; categoria profissional; contexto da prática; tempo de serviço na profissão; tempo de serviço na instituição; tempo de serviço no serviço atual; formação em saúde ocupacional; existência de serviço de saúde ocupacional no seu local de trabalho e se recorreu ao mesmo.	
Perceções sobre a Saúde Ocupacional	Perceção sobre o Conceito de Saúde Ocupacional	Descrever o que entendem os enfermeiros por saúde ocupacional	O que é para si saúde ocupacional?	
	Áreas de Intervenção da Saúde Ocupacional	Descrever quais as áreas de intervenção da saúde ocupacional referidas pelos enfermeiros	Quais são as áreas de intervenção da saúde ocupacional?	
	Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional	Descrever o que entendem os enfermeiros sobre a organização dos serviços de saúde ocupacional	No seu local de trabalho como se encontra organizado o serviço de saúde ocupacional?	
	Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional	Descrever o funcionamento do serviço de saúde ocupacional onde os enfermeiros estão inseridos	Qual o âmbito de atuação da saúde ocupacional na sua instituição?	
	Áreas de Formação Académica em Saúde Ocupacional	Identificar as áreas de formação académica prioritárias em saúde ocupacional referidas pelos enfermeiros	Quais as áreas de formação prioritárias na área da saúde ocupacional?	

Continua

	Dinamização do Serviço de Saúde Ocupacional	Identificar as estratégias prioritárias de dinamização do serviço de saúde ocupacional sugeridas pelos enfermeiros	Que estratégias considera prioritárias para a dinamização do serviço de saúde ocupacional?	
	Papel do Enfermeiro do Trabalho	Descrever o que entendem os enfermeiros pelo papel do enfermeiro do trabalho	Na equipa de saúde ocupacional qual o papel do enfermeiro do trabalho?	
	Visibilidade do Enfermeiro do Trabalho	Identificar as estratégias prioritárias para a visibilidade do enfermeiro de trabalho sugeridas pelos enfermeiros	Que estratégias considera prioritárias para a visibilidade do enfermeiro do trabalho?	
	Relação entre a Teoria e a Aplicabilidade Prática do Serviço de Saúde Ocupacional	Descrever o que referem os enfermeiros sobre a relação entre a teoria e a aplicabilidade prática do serviço de saúde ocupacional	Considera que na prática a saúde ocupacional corresponde ao teoricamente definido? Porquê?	
	Expectativas face à Saúde Ocupacional e ao Enfermeiro do Trabalho	Descrever as expectativas futuras dos enfermeiros face à saúde ocupacional e ao papel do enfermeiro do trabalho	Quais as suas expectativas futuras face à saúde ocupacional e ao papel do enfermeiro do trabalho?	

Anexo II - Consentimento Informado

Informação aos Participantes do Estudo *Percepções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional*

Ana Rita Costa Pereira, Enfermeira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto encontra-se a realizar o estudo *Percepções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional*.

Este documento procura fornecer aos potenciais participantes informações completas do estudo para que possam ficar esclarecidos, no sentido de poderem tomar uma decisão consciente acerca da sua participação no mesmo. A sua participação é voluntária, pelo que da participação e da não participação não advêm quaisquer consequências negativas para o(a) enfermeiro(a), podendo o mesmo desistir em qualquer momento.

O estudo tem como objetivo principal descrever as percepções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional, procurando contribuir para uma maior visibilidade dos serviços de saúde ocupacional.

O estudo é dirigido a enfermeiros com pelo menos 3 anos de experiência profissional. Esta seleção será efetuada através de amostra “em bola de nove”. A técnica de recolha de informação será a entrevista semiestruturada.

A sua colaboração será na realização de uma entrevista com recurso a registo através de gravador áudio. A gravação será destruída após conclusão do estudo. A entrevista terá uma duração aproximada de 40 minutos, sendo constituída por um conjunto de questões iniciais com vista à caracterização sociodemográfica e profissional do participante e um conjunto de questões relativas ao tema em estudo.

Será garantida a confidencialidade das respostas através da atribuição de códigos aos participantes/entrevistas. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao presente estudo.

Os recursos necessários à investigação serão suportados pela investigadora, não existindo qualquer tipo de custos para os participantes.

A investigadora encontra-se disponível para qualquer esclarecimento adicional, podendo para o efeito ser contactada por e-mail.

Agradecendo desde já a sua participação

Contacto da Investigadora: anaritacostapereira@hotmail.com

Declaração de Consentimento Informado

O estudo *Percepções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional* a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela Enfermeira Ana Rita Costa Pereira tem como objetivo principal descrever as percepções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional, nomeadamente ao nível do papel do enfermeiro do trabalho, procurando contribuir para uma maior visibilidade dos serviços de saúde ocupacional.

O estudo é dirigido aos enfermeiros com pelo menos 3 anos de experiência profissional.

Será solicitada a sua colaboração na realização de uma entrevista semiestruturada com a duração prevista de aproximadamente 40 minutos, a qual será registada através de gravação áudio.

Será garantida a confidencialidade das respostas através da atribuição de códigos aos participantes/entrevistas. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao presente estudo.

Não existem riscos associados à participação no estudo.

Os recursos necessários à investigação serão suportados pela investigadora, não existindo qualquer tipo de custos para os participantes.

Ficaram claros para mim os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes.

Concordo voluntariamente em participar neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Porto, ____ de _____ de 2014

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____